

## Depresión y Ansiedad en Embarazadas

Mardorys Díaz<sup>1</sup>, Rosanna Amato<sup>2</sup>, José G. Chávez<sup>3</sup>, Mónica Ramirez<sup>3</sup>, Shirley Rangel<sup>3</sup>, Lucy Rivera<sup>3</sup>, Jesús López<sup>4</sup>

### RESUMEN

La pesquisa de depresión y ansiedad en las gestantes permite evitar el deterioro de la salud mental materna y las graves consecuencias sobre sus hijos. Se planteó analizar los niveles de depresión y ansiedad en embarazadas que acudieron a la consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil entre junio-agosto 2012. Se llevó a cabo un estudio correlacional, transversal y no experimental, con una muestra de 236 embarazadas excluyendo aquellas con diagnóstico anterior de depresión o ansiedad, enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada, patologías de base: Diabetes mellitus tipo 1 y 2, diabetes gestacional, hipertensión arterial sistémica, hipertensión arterial inducida por el embarazo, enfermedades inmunológicas, cáncer, síndrome de Down e infecciones de transmisión sexual y pacientes con discapacidad, a quienes se aplicó los Test de Hamilton para la depresión y ansiedad. El 56,4% pertenecen al estrato socioeconómico IV. 81% tenía una relación de pareja estable y 54,2% tenía un embarazo deseado, de las cuales 67,3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66,1% algún nivel de depresión. Las embarazadas con pareja inestable tienen un riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tienen pareja estable. En mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1,63 veces mayor que las que querían su gravidez y para la depresión el riesgo fue 1,66 veces mayor, sin embargo este hallazgo no fue estadísticamente significativo. Se concluye que hay elevados niveles de depresión y ansiedad en las embarazadas que tienen relación con tener una pareja inestable.

**Palabras Clave:** Embarazo, depresión, ansiedad, escala de Hamilton.

### ABSTRACT

#### Depression and anxiety in pregnant women

Early detection of depression and anxiety in the pregnant population avoids mental maternal health deterioration and

serious consequences for their children. To analyze the levels of depression and anxiety in pregnant women who attended to the perinatology consultation and maternal-fetal medicine at a Maternal and Child Hospital between June-August 2012. A correlational, non experimental and cross-sectional study was done with a sample of 236 pregnant patients with exclusion of those with prior diagnosis of depression or anxiety, suffering previously diagnosed psychiatric illness, underlying diseases: Diabetes mellitus type 1 and 2, gestational diabetes, hypertension, hypertensive disorders induced by pregnancy, immune disorders, cancer, Down syndrome and sexually transmitted infections and disabled patients, who completed the Hamilton test for depression and anxiety. 56.4% belonged to socioeconomic level IV, 81% had a stable relationship and 54.2% had an unwanted pregnancy, of which 67.3% had some level of anxiety and 66.1% some level of depression. Pregnant women with unstable couples have a 8.5 times higher risk of presenting anxiety and 6.5 times more likely to develop depression, relative to those with stable partner. In women with unwanted pregnancy, the risk of anxiety was 1.63 times higher than those whom wanted their pregnancy and the risk for Down syndrome and sexually transmitted infections and disabled patients, who completed the Hamilton test for depression and anxiety. 56.4% belonged to socioeconomic level IV, 81% had a stable relationship and 54.2% had an unwanted pregnancy, of which 67.3% had some level of anxiety and 66.1% some level of depression. Pregnant women with unstable couples have a 8.5 times higher risk of presenting anxiety and 6.5 times more likely to develop depression, relative to those with stable partner. In women with unwanted pregnancy, the risk of anxiety was 1.63 times higher than those whom wanted their pregnancy and the risk for depression was 1.66 times higher, however this finding was not statistically significant. It was concluded that there are high levels of depression and anxiety in pregnant women who have an unstable relationship.

**Key words:** Pregnancy, depression, anxiety, Hamilton scale.

### INTRODUCCIÓN

Para muchos profesionales, la ansiedad y la depresión se consideran trastornos de gran importancia, debido a que se trata de los dos motivos de consulta más comunes en el ámbito psicológico y psiquiátrico, pudiendo aparecer como sentimientos que se encuentran íntimamente relacionados. Se estima que la depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo y es la principal causa mundial de discapacidad, contribuyendo de forma importante en la morbilidad mundial, además, la depresión afecta más a la mujer que al hombre y al ser producida por diversos estímulos, tiene la capacidad de inducir cambios desfavorables en la salud física y psicológica del individuo (1).

<sup>1</sup> Perinatología del Hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela

<sup>2</sup> Universidad de Carabobo. Hospital Universitario Ángel Larralde. Valencia. Venezuela

<sup>3</sup> Departamento Clínico Integral del Sur. Escuela de Medicina. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela

<sup>4</sup> Espacio Miguel Peña. Casa Las Brisas. DESCO. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela

**Correspondencia:** Mardorys Díaz Salazar

**E-mail:** mardorysdiaz@hotmail.com

**Recibido:** Enero 2013      **Aprobado:** Mayo 2013

La ansiedad se define como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto. Se trata, por lo tanto, de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno (2). En esta entidad se pone en curso una sobreactivación del sistema nervioso que puede provenir de problemas endógenos o exógenos momentáneos, como resultado de esto se da una activación del sistema simpático y endocrino al secretarse hormonas provenientes de las glándulas suprarrenales. Así, la combinación de la activación del sistema simpático con la segregación de adrenalina genera los signos de ansiedad (3).

La depresión consiste en la disminución del estado de ánimo con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales, se acompaña de diversos síntomas psíquicos tales como tristeza, alteraciones de la concentración y de la memoria, así como de síntomas físicos como disminución de la libido, anorexia-hiperfagia (4). La depresión debe considerarse no sólo en términos de las vicisitudes instintivas de la pérdida de objeto, sino también en términos de la debilidad interna, la vulnerabilidad y el sentido de desamparo e inferioridad del propio yo (5).

Hoy se considera que la mujer es más susceptible a padecer trastornos emocionales, en gran parte debido a los cambios hormonales durante el ciclo menstrual y con más fuerza en el embarazo, por esto es lógico pensar que la ansiedad y la depresión podrían ser trastornos presentes de manera frecuente en las embarazadas. Debe señalarse que, además de los problemas inherentes a estos trastornos, todos los sentimientos y emociones desencadenados son capaces de afectar tanto a la madre como a su hijo.

El Comité Latinoamericano de Perinatología plantea la importancia de los cuidados preconceptionales enfocados en el asesoramiento a las futuras madres e identificación de los factores de riesgo del proceso reproductivo, con el objetivo de reducirlos a través del control prenatal, sin embargo, en muchas comunidades, más de la mitad de los embarazos no son programados y estas mujeres no pueden acceder a una orientación preconceptional adecuada que les permita afrontar el embarazo en las mejores condiciones (6).

Se ha demostrado que la ansiedad y la depresión antenatal son trastornos psiquiátricos frecuentes y factores de riesgo para padecer trastornos posparto, por lo que resulta indispensable comprender que la evaluación y control psicológico de la mujer embarazada no debería ser omitido o aislado de la consulta de control prenatal (7).

A nivel nacional y regional hay pocos registros o estudios enfocados a estas patologías psíquicas en el embarazo, lo cual hace que estén pasando inadvertidas, ignorándose que la valoración de las madres debe ser integral, involucrando el estudio y control de la esfera psicológica con el seguimiento de los cambios fisiológicos propios de la gestación, lo que

permitiría contribuir a garantizar la evolución favorable y satisfactoria del embarazo.

Algunos estudios realizados a nivel internacional, como el de Lee et al (8), señalan que más de la mitad (54%) de las mujeres tenían ansiedad prenatal y más de un tercio (37,1%) tenían síntomas depresivos, concluyendo que la ansiedad prenatal y la depresión son frecuentes y graves problemas durante la gestación. De igual manera, Marchesi, Bertoni y Maggini (9), evaluaron el momento de aparición, duración y el riesgo de depresión mayor y menor en las mujeres embarazadas que acudieron al control prenatal de la ciudad de Parma, Italia, estableciendo que el riesgo de desarrollar depresión grave fue predicho al principio del embarazo por la presencia de episodios depresivos previos y conflictos con su esposo/pareja, mientras que el riesgo de desarrollar depresión menor fue predicho por ser ama de casa, presencia de episodios depresivos previos y embarazos no deseados.

Por otra parte, Leonetti y Martins (10), demostraron que altos niveles de ansiedad maternal en la fase prenatal estuvieron asociados a complicaciones obstétricas, daños al desarrollo fetal, problemas emocionales y de comportamiento en la infancia y la adolescencia. Las madres habían presentado niveles mayores de ansiedad en comparación con los padres y se verificó la co-ocurrencia de ansiedad maternal y depresión.

Otro estudio realizado por Jadresic (11) estableció que la depresión es un trastorno que afecta principalmente a mujeres fértiles y es la primera causa de discapacidad. Encontró que una de cada diez embarazadas/puérperas estaba deprimida, además que la depresión persistente en mujeres embarazadas se asoció a retraso en el desarrollo de sus hijos y a un riesgo de depresión 4,7 veces mayor en la adolescencia. Además, la depresión posparto se asoció a coeficientes intelectuales más bajos en la preadolescencia y a conductas violentas.

A nivel nacional, Rojas et al (12) reveló elevados porcentajes de embarazadas que presentaron síntomas depresivos en función a la ausencia de la pareja, insatisfacción sentida por la gestante hacia el apoyo social recibido y al estrato social al cual pertenecía. Velásquez (13), se propuso determinar si existe relación entre la edad cronológica de las primigestas (adolescentes y añosas) y sus niveles de ansiedad y depresión según la edad gestacional, encontrando que en las primigestas adolescentes existen mayores niveles de depresión a diferencia de las primigestas añosas en las que existen mayores niveles de ansiedad y que estos niveles de ansiedad y depresión no muestran diferencias estadísticamente significativas según los trimestres del embarazo evaluado.

Para medir la presencia de estas patologías existen múltiples test utilizados con frecuencia en el ámbito psiquiátrico y psicológico, entre estos se encuentran las

Escalas Psicométricas de Hamilton para la depresión y la ansiedad, que para efectos de esta investigación resultan ideales, ya que de manera sencilla y fidedigna permiten detectar estos trastornos. La escala de evaluación de Hamilton para la ansiedad es una escala heteroaplicada que consta de 14 ítems, los cuales permiten determinar el grado de ansiedad generalizada de la paciente. Funciona como una entrevista semi-estandarizada, en donde el terapeuta debe evaluar en una escala de 0 (ausente) a 4 (intensidad máxima), junto con la conducta de la paciente durante la entrevista, las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, y síntomas musculares, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos. La puntuación asignada a cada una de las variables debe establecerse con arreglo a una estimación combinada de la frecuencia e intensidad de los síntomas presentes (14).

El test de Hamilton para la depresión es una escala (de observación) heteroaplicada que ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo y permite cuantificar la evolución de los síntomas bajo el efecto de un tratamiento. La versión inicial consta de 24 ítems y data de 1960, fue revisada y modificada por el mismo autor en el año 1967 reduciéndola a 21 ítems, de estos los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la gravedad o intensidad de la depresión, por lo que en la práctica, se ha utilizado una versión reducida de 17 ítems.

Existen dos versiones adaptadas al español, la primera por Conde en el año 1984 con una versión de 22 ítems y la segunda por Ramos-Brieva y Cordero en 1986, quienes adaptaron y validaron la versión reducida de 17 ítems. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala (15).

Basados en las premisas de que las mujeres embarazadas que presentan ansiedad prenatal y síntomas depresivos están frecuentemente asociadas a trastornos psiquiátricos y que son un factor de riesgo para padecer trastornos posparto, resulta indispensable comprender la importancia de la evaluación psicológica de la embarazada en la consulta del control prenatal con el seguimiento de los cambios fisiológicos propios de la gestación, para hacer diagnóstico y tratamiento precoz de estas patologías, por lo que se planteó analizar los niveles de depresión y ansiedad en

embarazadas que acudieron a la consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio correlacional, transversal y no experimental, donde la población la integraron todas las embarazadas atendidas en la consulta de Perinatología – Medicina Materno Fetal del Hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas durante el periodo junio – agosto de 2012. La muestra estuvo conformada por 236 mujeres embarazadas, incluidas mediante un muestreo no probabilístico circunstancial, de acuerdo a los siguientes criterios de exclusión: - Diagnóstico anterior de depresión o ansiedad. -Sufrir enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada. -Padecer de las siguientes patologías de base: Diabetes mellitus tipo 1 y 2, diabetes gestacional, hipertensión arterial sistémica, hipertensión arterial inducida por el embarazo, enfermedades inmunológicas, cáncer, síndrome de Down e infecciones de transmisión sexual. -Pacientes con discapacidad: Sordera, ceguera, mudez, hemiplejia, paraplejia, amputadas.

Previo firma de consentimiento informado se procedió a realizar la recolección de los datos, para lo cual se empleó la técnica de la entrevista que se hizo efectiva a través de una encuesta en la cual se utilizaron dos instrumentos que corresponden al Test de Hamilton para la ansiedad y el Test de Hamilton para la depresión según lo descrito previamente (14,15).

Los datos recolectados se procesaron con el programa SPSS versión 20. Se presentan cuadros de distribución de frecuencias y de asociación. Se empleó la prueba de chi cuadrado ( $\chi^2$ ), análisis de regresión logística binomial para buscar asociación entre las variables estudiadas y estimación de riesgo a través del Odds Ratio (OR) con sus respectivos intervalos para un 95% de confianza (IC 95%). Se asumió un nivel de significancia de  $P < 0,05$ .

## RESULTADOS

De la muestra estudiada que estuvo constituida por 236 embarazadas, 72% tenía entre 20 y 34 años de edad, 56,4% pertenecían al estrato socioeconómico IV, 66,1% tenían entre 2 y 4 gestas y 51,3% se encontraba en el tercer trimestre de embarazo. Siguiendo con los datos obtenidos el 81,4% de las embarazadas tenía una relación de pareja estable y 54,2% tenía un embarazo deseado.

**Tabla 1.** Distribución de las embarazadas según nivel de ansiedad y depresión.

Nivel de Ansiedad	n	%	Nivel de Depresión	n	%
No Ansiedad	77	32,6	No deprimido	80	33,9
Ansiedad menor	94	39,8	Depresión ligera/menor	70	29,7
Ansiedad mayor	65	27,5	Depresión moderada	40	16,9
			Depresión severa	23	9,7
			Depresión muy severa	23	9,7
Total	236	100	Total	236	100

De las pacientes 32,6% no presentó ningún nivel de ansiedad, mientras que 39,8% presentó ansiedad menor y 27,5% ansiedad mayor, lo cual traduce que 67,3% de las embarazadas tuvo algún nivel de ansiedad (menor o mayor) según la escala de Hamilton. Con respecto a la depresión, 33,9% no se encontraban deprimidas, 29,7% presentó depresión ligera o menor, 16,9% depresión moderada y 19,4% presentó un cuadro de depresión severa o muy severa según la escala aplicada; asimismo, 66,1% tuvo algún nivel de depresión, siendo este porcentaje significativamente superior al 33,9% de mujeres sin dicha patología ( $P < 0,001$ ).

pareja constituyó un factor protector y estadísticamente significativo para prevenir la aparición de ansiedad (OR = 0,098; IC 95%: 0,027 - 0,353). Se evidenció asociación estadísticamente significativa entre la presencia de algún nivel de depresión y el tipo de relación de pareja ( $\chi^2 = 13,52$ ;  $p < 0,001$ ) (Tabla 2).

La probabilidad de presentar algún nivel de depresión entre las embarazadas con relación de pareja inestable fue 6,5 veces mayor que el de aquellas con una relación estable, siendo este hallazgo estadísticamente significativo (OR = 6,55; IC 95%: 2,25 - 19,05). Según el análisis de regresión

**Tabla 2.** Asociación entre el tipo de relación emocional de la pareja y la presencia de Ansiedad o Depresión.

Relación emocional de pareja	Ansiedad <sup>(1)</sup>				Depresión <sup>(2)</sup>				Total	
	Algún nivel de ansiedad		No ansiosa		Algún nivel de depresión		No deprimida			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Inestable	41	17,37	3	1,27	40	16,94	4	1,69	44	18,64
Estable	118	50,00	74	31,35	116	49,15	76	32,20	192	81,35
Total	159	67,37	77	32,62	156	66,09	80	33,89	236	100%

Nota: Porcentajes calculados con base al total de pacientes estudiadas.

<sup>(1)</sup>  $\chi^2 = 14,97$ ;  $P < 0,001$

OR = 8,57; IC 95%: 2,56-28,67

<sup>(2)</sup>  $\chi^2 = 13,52$ ;  $P < 0,001$

OR = 6,55; IC 95%: 2,25-19,05.

Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de algún nivel de ansiedad y el tipo de relación de pareja ( $\chi^2 = 14,97$ ;  $P < 0,001$ ). Al evaluar el riesgo, se observó que las embarazadas con relación de pareja inestable presentaron un riesgo 8,5 veces mayor de presentar algún nivel de ansiedad, siendo este hallazgo estadísticamente significativo (OR = 8,57; IC 95%: 2,56 - 28,67) (Tabla 2). El análisis de regresión logística binomial realizado reportó que para las embarazadas estudiadas tener una relación emocional estable con su

logística binomial se puede afirmar que para las embarazadas estudiadas, el hecho de tener una relación emocional estable con su pareja constituyó un factor protector y estadísticamente significativo para prevenir la aparición de depresión (OR = 0,108; IC 95%: 0,03 - 0,35).

Entre las mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar ansiedad fue 1,63 veces mayor que entre aquellas que querían su gravidez, sin embargo, no se consiguió significancia estadística (OR = 1,63; IC 95%: 0,93 - 2,85) (Tabla 3).

**Tabla 3.** Asociación entre la actitud ante el embarazo y la presencia de Ansiedad y Depresión.

Actitud ante el embarazo	Ansiedad <sup>(1)</sup>				Depresión <sup>(2)</sup>				Total	
	Algún nivel de ansiedad		No ansiosa		Algún nivel de depresión		No deprimida			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No deseado	79	33,47	29	12,28	108	45,76	30	12,71	108	45,76
Deseado	80	33,89	48	20,33	128	54,23	50	21,18	128	54,23
Total	159	67,37	77	32,62	236	100	80	33,89	236	100

Nota: Porcentajes calculados con base al total de pacientes estudiadas.

<sup>(1)</sup>  $\chi^2 = 2,55$ ;  $p = 0,11$ .

OR = 1,63; IC 95%: 0,93 - 2,85.

<sup>(2)</sup>  $\chi^2 = 2,84$ ;  $p = 0,092$ .

OR = 1,66; IC 95%: 0,96 - 2,89.

Entre las mujeres con embarazo no deseado, el riesgo de presentar depresión fue 1,66 veces mayor que entre aquellas que querían su gravidez, sin embargo, no se observó significancia estadística (OR = 1,66; IC 95%: 0,96 - 2,89) (Tabla 3).

No se logró evidenciar asociación estadística-mente significativa entre los grupos de edad, el número de gestaciones, la edad gestacional, la actitud ante el embarazo y la condición socioeconómica con la presencia de algún nivel de depresión o ansiedad ( $p > 0,05$ ).

### DISCUSIÓN

Al comparar los resultados de la presente investigación con otros autores se encuentran indicadores importantes que podrían inclinar la balanza hacia una nueva visión investigativa que preste mayor atención al estudio psicológico de la mujer embarazada, ya que en un elevado porcentaje de la muestra estudiada se detectó algún nivel de ansiedad y/o depresión, datos semejantes a los de Lee et al. (8), investigadores que refieren que la ansiedad prenatal y la depresión son problemas frecuentes y graves en el curso del embarazo y a los de Andersson et al. (16) quienes posterior a estudiar la depresión y ansiedad pre y postparto concluyeron que estas patologías parecen menos comunes después del parto que durante el embarazo.

De las pacientes que presentaron signos de depresión, cerca del 20% tienen depresión severa o muy severa, un porcentaje preocupante que llama la atención, ya que podría implicar que un gran número de estas embarazadas ha considerado suicidarse, lo mismo encontraron Marchesi et al. (9) quienes afirman que la depresión mayor es un trastorno frecuente en las embarazadas, predicho principalmente por una inestabilidad en la relación con su esposo y antecedentes de depresión.

Dentro de los factores estudiados como posible influencia para desarrollar ansiedad en las embarazadas, el más relevante fue la inestabilidad en la relación de pareja; en este particular se observó que hay una íntima relación entre tener una pareja inestable y la presencia de dicha patología, así también Lee et al. (8) en su investigación encontraron que la baja satisfacción marital está asociada a un mayor riesgo de desarrollar ansiedad en el tercer trimestre del embarazo. Por el contrario, el apoyo que proporciona la pareja se mostró como un factor protector para este trastorno emocional, un hallazgo que se corresponde con estudios previos como el de Faisal y Menezes (17) quienes asociaron la presencia de ansiedad durante el embarazo con no estar casada, y el de Stapleton et al. (18) el cual refiere que madres que tuvieron mayor apoyo por parte de sus parejas durante el embarazo presentaron menor ansiedad; concluyendo que una alta calidad en la relación de pareja puede contribuir a mejorar el bienestar materno infantil después del parto.

En las pacientes que presentaron algún nivel de ansiedad también se observó que la presencia de esta patología

estaba relacionada con un estado de inconformidad o rechazo hacia el embarazo en curso, así también Karmaliani et al. (19) encontraron una asociación importante entre la presencia de ansiedad y el no desear estar embarazada, datos reforzados por Rojas et al. (12) quienes indican que cuando el embarazo no es deseado las gestantes tienden a magnificar y percibir negativamente los cambios que se producen naturalmente durante la gestación, además de estar más sensibles ante los eventos que ocurren durante su vida cotidiana.

Por otra parte, se detectó que las pacientes con relación de pareja inestable tienden a generar mayores síntomas depresivos, así Rojas et al. (12) destacan que la calidad de la relación de pareja influye directamente sobre la presencia de la depresión, evidenciándose así, que no solo la ausencia de la pareja puede actuar como un disparador de los síntomas depresivos, sino que influye fundamentalmente sobre la calidad de la misma.

Retomando los hallazgos de Marchesi et al. (9), quienes afirmaron que el riesgo de desarrollar depresión grave se predijo desde el inicio del embarazo, principalmente por conflictos con la pareja, hallazgos comparables a su vez con las conclusiones a las que llegaron Martínez y Waysel (20), quienes observaron que las gestantes que mantenían una relación de pareja desarrollaron un grado de depresión leve, a diferencia de las que carecían de dicha relación, las cuales mostraron tendencia a desarrollar un cuadro de depresión grave.

Finalmente, a pesar de no haber encontrado una relación estadísticamente significativa, se detectó que el riesgo de presentar depresión fue mayor en las pacientes con embarazo no deseado, datos reforzados por Bao et al. (21), quienes identificaron el rechazo al embarazo como una variante predictora para la depresión.

### CONCLUSIONES

Se concluye que existe 8,5 veces mayor riesgo de padecer ansiedad y 6,5 veces de padecer depresión cuando las embarazadas tienen una relación de pareja inestable. El 67,3% de las pacientes presentó algún nivel de ansiedad (menor o mayor) según la Escala de Hamilton y 66,1% algún nivel de depresión, siendo alarmante que 19,4% de estas últimas presentaron un cuadro de depresión severa o muy severa, lo cual refleja una tendencia al deterioro de la salud mental de las gestantes estudiadas.

### RECOMENDACIONES

Crear una consulta de Psicología y Psiquiatría permanente en las maternidades e instituciones hospitalarias de nuestro país.

Implementar un programa de vigilancia epidemiológica acerca de la salud mental de las mujeres embarazadas.

Hacer un seguimiento de las pacientes con depresión y ansiedad durante el transcurso del embarazo y posterior a este, al igual que de sus hijos, tanto en el periodo neonatal como en el transcurso de su niñez, para determinar la evolución y repercusiones a largo plazo en la salud de ambos.

#### REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. La depresión Nota descriptiva N° 369, 2012. [consultado: 2012, Octubre 14] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>
2. Jarne A, Talam A, Armayones M, Horta E, Requena E. Psicopatología. Editorial UOC; Barcelona España, 2006; p. 119.
3. Felipe L, González E, Álvarez A, Hernández Y. Psicología Clínica Trastornos neurológicos, hormonales y psicológicos. Editorial Universidad de Guanajuato; México, 2010; p. 62.
4. Retamal P. Depresión; guía para el paciente y la familia. Editorial Universitaria: Santiago de Chile, 1999; p. 9.
5. Kaplan H, Sandock B, Cancro R. Tratado de psiquiatría. 2da edición. Salvat Editores: Barcelona, España, 1998; p. 1742.
6. Fescina R, De Mucio B, Díaz J, Martínez G, Serruya S, Durán P. Salud sexual y reproductiva: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3ra. edición. Montevideo: Publicación científica CLAP/SMR N° 1577; 2011.
7. Luján S. Actualización Depresión en el embarazo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires 2009; 88(982):234-43.
8. Lee A, Lam S, Siu K, Sze S, Chong C, Chui H, Fong D. Prevalence, Course and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. Obstet Gynecol 2007; 110(5):1102-12.
9. Marchesi C, Bertoni S, Maggini C. Major and minor depression in pregnancy. Obstet Gynecol 2009; 113(6):1292-8.
10. Leonetti L, Martins M. Ansiedad maternal en el periodo prenatal y postnatal: Revisión de la literatura. Rev Latinoamericana Enfermagem 2007; 15(4):677-83.
11. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Artículo de revisión. Rev Chil Neuro-Psiquiatría 2010; 48(4):269-78.
12. Rojas J, Albano C, Llanos M, Decanio M, Trías L. Inventario de apoyo social para embarazadas. Sociedad científica de estudiantes de medicina de la Universidad Central de Venezuela. Acta Científica Estudiantil 2009; 7(3):173-179.
13. Velásquez A. Ansiedad y depresión en primigestas adolescentes y añosas según la edad gestacional. Tesis de grado. Universidad Central de Venezuela. Caracas; 1995.
14. Bulbena A, Berrio G, Fernández P. Medición clínica en psiquiatría y psicología. 2da. reimpresión. Masson: Barcelona, España; 2003, p. 373.
15. Ramos-Brieva JA, Cordero A. A New validation of the hamilton rating scale for depression. J. Psychiatric Res 1988; 22. p. 21-8.
16. Andersson L, Sundstrom I, Wulf M, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: A follow up study. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85(8):937-944.
17. Faisal A, Menezes R. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Arch Womens Ment Health 2007; 10(1):25-32.
18. Stapleton L, Tanner S, Dunkel C, Westling E, Rini C, Glynn L, Hobel C, Sandman C. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. J Fam Psychol 2012; 26(3):453-463.
19. Karmiliani N, Asad N, Bann C, Moss N, McClure E, Pasha O, Wright L, Goldenberg R. Prevalence of anxiety, depression and associated factors among pregnant women of Hyderabad, Pakistan. Intern J Soc Psychiat 2009; 55(5):414-424.
20. Martínez P, Waysel K. Depresión en adolescentes embarazadas. Revista científica: Enseñanza e investigación en psicología 2009; 14(2):261-274.
21. Bao M, Vega, J, Soana P. Prevalencia de depresión durante la gestación. Rev Neuropsiquiatría 2010; 73(3):95-103.

# Salus