



## Riesgo de depresión durante el embarazo en la atención prenatal de riesgo habitual\*


Mônica Maria de Jesus Silva<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4532-3992>


Tainah Barbosa de Moraes Serrano<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5596-5526>

Giovanna da Silva Porcel<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8243-5109>

Bruna Borlina Monteiro<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1968-222X>

Maria José Clapis<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-2896-3808>

**Destacados:** **(1)** Presenta el riesgo de depresión en el embarazo en control prenatal de riesgo habitual. **(2)** Muestra la importancia del seguimiento del riesgo de depresión durante la atención prenatal. **(3)** Se concluye que el mayor riesgo de depresión en el embarazo está asociado a la ausencia de trabajo.

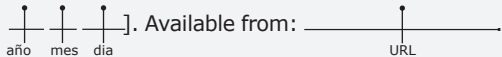
**Objetivo:** identificar el riesgo de depresión durante el embarazo en gestantes de riesgo habitual incluidas en el control prenatal y los factores asociados. **Método:** estudio transversal, realizado con 201 gestantes, en el consultorio de prenatal de riesgo habitual de una maternidad universitaria. Para la recolección de datos se utilizó un formulario electrónico que contenía un instrumento de caracterización y la Escala de Riesgo de Depresión del Embarazo. La variable dependiente fue el riesgo de depresión en el embarazo. El análisis estadístico se realizó mediante el cálculo de la razón de posibilidades (*Odds Ratio*) y utilizando las pruebas de Chi-cuadrado y exacta de Fischer. **Resultados:** entre las participantes, 68,2% tenían mayor riesgo de depresión durante el embarazo. Hubo asociación estadísticamente significativa entre mayor riesgo de depresión durante el embarazo y la variable ocupación ( $p=0,04$ ), o sea, la ausencia del trabajo ( $OR = 2,00$ ) duplicó la probabilidad de ocurrencia. **Conclusión:** la alta prevalencia de riesgo de depresión durante el embarazo destaca la necesidad de planificación, priorización e integración de la salud mental en los servicios de salud prenatal, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, por parte de los gestores de salud y de los formuladores de políticas.

**Descriptor:** Depresión; Embarazo; Atención Prenatal; Atención Primaria de Salud; Nursing; Enfermería Obstétrica.

\* Apoyo financiero del Programa de Apoyo de Novos Docentes USP – Portaria PRP 775/2020, Proceso 20.1.4175.1.0.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Silva MMJ, Serrano TBM, Porcel GS, Monteiro BB, Clapis MJ. Risk of depression during pregnancy in usual risk antenatal care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3963 [cited \_\_\_\_]. Available from: \_\_\_\_  


## Introducción

El embarazo, aunque sea un evento psicosocial normal para las mujeres, también puede provocar cambios psicológicos importantes y las gestantes pueden experimentar una serie de comportamientos depresivos<sup>(1)</sup>.

Como problema social y de salud pública mundial, el trastorno depresivo mayor, denominado en este estudio como depresión, se caracteriza por un significativo y duradero bajo estado de ánimo<sup>(2)</sup>. Alrededor del mundo, cerca de 300 millones de personas están afectadas por la depresión, siendo una de las principales causas de discapacidad<sup>(3)</sup>.

La depresión durante el embarazo, denominada depresión prenatal o depresión anteparto, se ha convertido en un problema grave y sus efectos adversos a largo plazo se conocen desde hace algún tiempo y están bien documentados. Las evidencias confirman que la depresión puede tener un impacto negativo tanto en la madre como en el hijo<sup>(4)</sup>, el potencial de influir en la capacidad cognitiva y el desarrollo del lenguaje y el comportamiento del niño<sup>(5)</sup>, además de predecir la depresión posparto<sup>(6)</sup>, resultados neonatales negativos<sup>(7)</sup>, resultados obstétricos adversos<sup>(8)</sup>, ajustes sociales y personales negativos en las gestantes<sup>(9)</sup>.

Por lo tanto, se recomienda la detección temprana en muchos países desarrollados y los síntomas depresivos se evalúan durante todo el embarazo. La recomendación del *American College of Gynecology and Obstetrics* sobre la detección es que todas las pacientes sean evaluadas "al menos una vez durante el período perinatal para detectar síntomas de depresión y ansiedad utilizando una herramienta estandarizada y validada"<sup>(10)</sup>. Por lo tanto, instrumentos diseñados para detectar depresión en el puerperio, como la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)<sup>(11)</sup> y escalas de depresión general, como el Inventario de Depresión de Beck (BDI)<sup>(12)</sup> y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)<sup>(13)</sup>, han sido utilizados.

Sin embargo, aunque se recomienda el cribado, en la práctica clínica existe un vacío en su implementación, ya que muchas veces la depresión prenatal no se reconoce ni se trata. Por un lado, debido a la preocupación por los problemas de seguridad de la medicación de las mujeres embarazadas y porque sus síntomas se asemejan a los asociados con el embarazo, como cambios de humor, deterioro cognitivo, disminución del nivel de energía y cambios en el apetito, lo que puede dificultar el diagnóstico<sup>(14)</sup> y, en cambio, por la ausencia de protocolos de cribado.

Este hecho es recurrente en muchos países, como Brasil, donde la depresión durante el embarazo es estigmatizada, infradiagnosticada y, por lo tanto, su carga es generalmente mayor en países de bajos y medianos ingresos. A pesar de que muchas mujeres siguen sin ser diagnosticadas, la prevalencia de la depresión durante el

embarazo es alta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión prenatal en países de bajos y medianos ingresos oscila entre el 12 y el 42%<sup>(15)</sup>.

Aunque el embarazo habitual de alto riesgo, caracterizado como aquel en el que no existen riesgos adicionales para el embarazo debido a complicaciones clínicamente definidas, está social y culturalmente asociado con el bienestar, la autorrealización y la felicidad de la mujer, la gestante puede estar en riesgo de depresión o incluso desarrollar el trastorno<sup>(16)</sup>.

En ese escenario, identificar el riesgo de depresión durante el embarazo es de suma importancia, ya que la detección precoz y sus determinantes culturales pueden reducir las secuelas en las mujeres y sus bebés<sup>(14)</sup>. Sin embargo, según el Atlas de Salud Mental 2020, los programas de promoción y prevención de la salud mental parental/materna están presentes en solo el 29% de los países que respondieron, siendo los menos frecuentes<sup>(17)</sup>.

La promoción y prevención de la salud mental durante el embarazo forman parte de los objetivos específicos del Plan de Acción Mundial de Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud<sup>(18)</sup> y de la Agenda 2030, con los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), especialmente en relación con el Objetivo tres, que trata de la salud y el bienestar. La meta número cuatro del tercer ODS es, para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT) por medio de la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud mental y el bienestar<sup>(19)</sup>.

A pesar de estas acciones y políticas de salud pública que refuerzan la importancia de promover y prevenir la salud mental de la mujer, esta, a menudo, permanece desatendida durante el embarazo, con trastornos psíquicos, como la depresión, invisibles para el control prenatal.

En vista de lo anterior, la hipótesis del estudio asume la alta prevalencia de riesgo de depresión durante el embarazo en la atención prenatal de riesgo habitual. Por lo tanto, debido a la importancia del tema en cuestión y al hecho de que no se han identificado estudios de esta naturaleza que busquen identificar el riesgo capaz de trazar el escenario de la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas en el prenatal de riesgo habitual, especialmente en el entorno de Atención Primaria a la Salud (APS), el objetivo de la presente investigación fue identificar el riesgo de depresión durante el embarazo en gestantes incluidas en el prenatal de riesgo habitual y los factores asociados.

## Método

### Diseño del estudio

Estudio observacional, descriptivo y correlacional, de corte transversal, que forma parte del proyecto mayor

denominado "Escala de riesgo para la depresión en el embarazo: vulnerabilidad de las gestantes a la depresión asociada a la percepción de las enfermeras en el prenatal".

### Ubicación de la recopilación de datos

El escenario del estudio fue una clínica prenatal de riesgo habitual, ubicada en una ciudad del interior del Estado de São Paulo, Brasil. El ambulatorio tiene una demanda mensual de alrededor de 250 gestantes por mes y está situado en una maternidad pública, caracterizada por ser un hospital especializado en ginecología y obstetricia de baja y media complejidad a nivel secundario, integrando el complejo asistencial de un Hospital Universitario.

### Período

Los datos fueron recolectados del 4 de mayo al 13 de agosto de 2021, mediante visitas a las unidades de salud de lunes a viernes de 7 a 12 horas. Se realizó un entrenamiento previo a dos entrevistadores para estandarizar la conducta. Debido al escenario epidemiológico establecido por la pandemia del COVID-19, se mantuvo el distanciamiento adecuado y el uso de los equipos de protección personal (EPP) recomendados.

### Población

La población de estudio comprendió una muestra de gestantes incluidas en control prenatal de riesgo habitual en el año de referencia 2020.

### Criterios de selección

Se consideraron elegibles las mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal de riesgo habitual; de 18 años o más; a cualquier edad gestacional. El criterio de exclusión fue no saber leer y/o escribir.

### Participantes

El número de participantes en la muestra fue de 201 gestantes. Para el cálculo de la muestra se consideró el número de 2373 gestantes que realizaron control prenatal de riesgo habitual en el año anterior (2020), según datos del hospital universitario; se asume que la prevalencia del riesgo de depresión en el embarazo es desconocida, dada la escasez de estudios sobre el tema. Así, optamos por una estimación conservadora del tamaño de la muestra con un valor de prevalencia del 50% que incluye cualquier valor de  $p^{(20)}$ , un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

### VARIABLES DEL ESTUDIO

La variable dependiente fue el riesgo de depresión en el embarazo, dicotomizado en menor riesgo de depresión en el embarazo/mayor riesgo de depresión en el embarazo.

Las variables independientes utilizadas en el análisis fueron: edad (< 20 años x 20 – 24 años x 25 – 29 años x 30 – 34 años x 35 – 39 años x 40 – 44 años); escolaridad (educación primaria x educación secundaria x educación superior); estado civil (casada/con pareja x soltera/sin pareja); creencia religiosa (con religión x sin religión); ingreso familiar mensual (menos de 1 salario mínimo x 1 a 3 salarios mínimos x más de 3 salarios mínimos); ocupación (sin trabajo x con trabajo); color/raza (blanca x negra x parda x amarilla x indígena); vivienda (propiedad ajena x propiedad propia); trimestre gestacional (1º trimestre x 2º trimestre x 3º trimestre); número de embarazos (primíparas x multíparas); número de partos (nulíparas x primíparas x multíparas); antecedentes de abortos (si x no).

### Herramientas utilizadas

La recolección de datos se realizó mediante una página de encuestas en línea, desarrollada en la plataforma *G Suite®*, por medio de la herramienta de gestión de encuestas *Google Forms®*.

La página de investigación en línea contenía el formulario electrónico para la recolección de datos y el Formulario de Consentimiento Libre y Esclarecido (FCLE). El formulario electrónico estuvo compuesto por instrumentos de caracterización de las participantes, con preguntas sociodemográficas, económicas y obstétricas objetivas, desarrollado por las investigadoras; y por la Escala de Riesgo de Depresión en el Embarazo (ERDEG). Esta escala se caracteriza por ser un instrumento de fácil aplicación, desarrollado y validado en Brasil para evaluar el riesgo de depresión en el embarazo, cuyo público objetivo son las mujeres embarazadas. Su evaluación ocurre mediante el autoinforme, en 24 preguntas y respuestas dicotómicas que varían de 0 a 1. El puntaje uno se refiere a la presencia del factor de riesgo y el puntaje cero corresponde a la ausencia, totalizando un puntaje que varía de cero a 24 puntos. Una puntuación de cero a cuatro puntos indica un menor riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo, y una puntuación de cinco o más puntos indica un mayor riesgo de desarrollar depresión durante el embarazo<sup>(21)</sup>.

Cabe señalar que las preguntas del formulario electrónico no eran obligatorias y la mujer embarazada tenía derecho a no contestar cualquier pregunta que considerara sensible. Sin embargo, todos los participantes respondieron las preguntas en su totalidad.

El formulario electrónico fue probado por intermedio de un estudio piloto realizado con 20 gestantes, lo que corresponde al 10% de la muestra establecida, las cuales no fueron incluidas en la muestra final. No hubo necesidad de cambiar la redacción ni el formato, ya que el formulario electrónico fue fácilmente entendido por las gestantes.

### Recolección de datos

Las gestantes fueron abordadas en la sala de espera de las unidades de salud mientras esperaban la consulta prenatal y recibieron explicaciones sobre la investigación y aspectos éticos. Al aceptar participar, utilizando un teléfono celular perteneciente al equipo de investigación, los datos fueron recolectados en la página en línea de la investigación. La conformidad del participante se expresó electrónicamente en la página en línea, y se entregó una copia del FCLE por correo electrónico y/o copia impresa.

### Tratamiento y análisis de los datos

El análisis se realizó luego de exportar los datos de la herramienta de gestión de encuestas *Google Forms*<sup>®</sup> al programa *Microsoft Excel*<sup>®</sup> utilizando el programa R (*R Core Team*).

Para comprobar la independencia de las variables se realizó la prueba de Chi-cuadrado y para analizar la homogeneidad de las variables categóricas, la prueba Exacta de Fisher. La descripción de las variables categóricas se realizó en números absolutos y porcentajes, presentando la media y la desviación estándar para las variables continuas. Al final del análisis bivariado, las variables fueron incluidas en el modelo de regresión logística.

En el modelo de regresión logística se evaluó la presencia de multicolinealidad entre los parámetros mediante el Factor de Inflación de la Varianza (VIF), con valores superiores a cinco. Luego de aplicar el VIF, la selección de las variables relevantes del modelo se realizó mediante el procedimiento *stepwise*, utilizando el criterio de Información de Akaike. En el modelo final se calculó el OR (*Odds Ratio*) considerando un intervalo de confianza del 95% para todas las variables y un nivel de significación del 5% ( $\alpha = 0,05$ ) en todas las pruebas estadísticas.

### Aspectos éticos

El estudio más amplio, denominado "Escala de riesgo de depresión del embarazo: vulnerabilidad de las gestantes a la depresión asociada a la percepción de la enfermera en el prenatal", fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto* de la *Universidade de São Paulo*, bajo

dictamen número 4.474.220, en cumplimiento de la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud.

## Resultados

Se incluyeron en el estudio 201 gestantes en control prenatal de riesgo habitual, entre las cuales predominaron las jóvenes, con edad media de 26 años ( $de \pm 5,54$ ), edad mínima de 18 años y máxima de 43 años. El ingreso familiar promedio se concentró en 2 salarios mínimos ( $de \pm 1,29$ ), un mínimo de menos de un salario mínimo y un máximo de 10 salarios mínimos. Las demás características sociodemográficas aclaran el predominio de mujeres pardas embarazadas, casadas o con pareja, educación secundaria, desempleo y vivienda ajena (Tabla 1).

Tabla 1 - Caracterización socioeconómica y obstétrica de las participantes (n=201). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

VARIABLES	n*	%
<b>Edad (años)</b>		
< 20	21	10,4
20 – 24	71	35,3
25 - 29	57	28,4
30 - 34	37	18,4
35 - 39	10	5,0
40 -44	05	2,5
<b>Estado civil</b>		
Casada/con pareja	131	65,2
Soltera/sin pareja	70	34,8
<b>Escolaridad (educación/años de estudio)</b>		
Educación primaria	51	25,4
Educación secundaria	142	70,6
Educación superior	08	4,0
<b>Creencia religiosa</b>		
Con religión	159	79,1
Sin religión	42	20,9
<b>Ocupación</b>		
Sin trabajo	122	63,7
Con trabajo	73	36,3
<b>Color/raza</b>		
Parda	93	46,3
Blanca	70	34,8
Negra	38	18,9
Amarilla	00	0
Indígena	00	0
<b>Vivienda</b>		
Propiedad ajena (alquilada, prestada, invadida)	113	56,2
Propiedad propia	88	43,8
<b>Ingreso familiar mensual</b>		
< 1 salario mínimo	03	1,5
1 a 3 salarios mínimos	181	90,0
> 3 salarios mínimos	16	8,5

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	n*	%
<b>Trimestre</b>		
1º trimestre	07	3,5
2º trimestre	17	8,5
3º trimestre	177	88,0
<b>Nº gestaciones</b>		
1 gestación (primípara)	67	33,3
≥ 2 (múltipara)	134	66,7
<b>Nº partos</b>		
0 partos (nulípara)	77	38,3
1 parto (primípara)	72	35,8
≥ 2 partos (múltipara)	52	25,9
<b>Antecedentes de aborto</b>		
Sí	41	20,3
No	160	79,7

\*n = Número de participantes

Con respecto al embarazo actual, la mayoría de las gestantes se encontraban en el tercer trimestre, con un promedio de 34,22 semanas de gestación (de±6,82), un mínimo de 8 y un máximo de 41 semanas. En cuanto a los antecedentes obstétricos, predominaron las pluriembarazadas y nulíparas sin antecedentes de aborto (Tabla 1), con una media de 2,28 embarazos (de±1,36), mínimo de uno y máximo de ocho embarazos; el número de partos anteriores osciló entre cero y siete, con una media de 1,06 partos (de±1,23) y el número de abortos osciló entre cero y tres, con una media de 0,23 (de±0,5) pérdidas.

El intervalo obtenido para medir el riesgo de depresión en el embarazo, obtenido mediante la aplicación del ERDEG, estuvo entre cero y 14 puntos, con una media de 6,15 (DE±2,69).

Las variables sociodemográficas, económicas y obstétricas consideradas en este estudio no presentaron asociación estadísticamente significativa con la ocurrencia de mayor riesgo de depresión durante el embarazo. Todas las variables integraron el modelo de regresión logística. Sin embargo, solo la variable ocupación mostró una asociación significativa con un mayor riesgo de depresión durante el embarazo ( $p \leq 0,05$ ), por lo que las embarazadas sin trabajo tenían el doble de probabilidades de tener un mayor riesgo de depresión durante el embarazo que las embarazadas con trabajo (Tabla 2).

Tabla 2 - Modelo de regresión logística: variables asociadas al riesgo de depresión durante el embarazo. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

	Estimación	Error estándar	p*	OR†
<b>Ocupación</b>				
Sin trabajo	0,6947	0,3400	0,04	2,00
Constante	-0,1845	1,0167	0,85	

\*p = Valor de p; †OR = Razón de probabilidades (Odds ratio)

## Discusión

El mayor riesgo de depresión durante el embarazo estuvo presente en el 62,2% (137) de las gestantes en control prenatal de rutina, lo que demuestra evidencia considerable de que, incluso en un embarazo sin riesgos adicionales, la mujer experimenta riesgo de deterioro en su ajuste psicológico durante el embarazo. En otro estudio brasileño, 29,5% de las gestantes se encontraban en riesgo moderado de depresión durante el prenatal de riesgo habitual desarrollado en unidades de APS<sup>(22)</sup>.

Este resultado demuestra la importancia de invertir en el tamizaje de riesgo, ya que permite conocer el escenario de vulnerabilidad de las gestantes a la enfermedad mental y desarrollar estrategias de prevención que eviten su establecimiento y promuevan la salud mental de las gestantes, especialmente en el ámbito de la APS. En este espacio, los principios de accesibilidad, vinculación, universalidad, continuidad de la atención, humanización, responsabilización, integralidad de la atención, equidad y participación social, que forman parte de la Atención Primaria, permiten un acercamiento entre la mujer gestante, usuaria del sistema de salud, y el profesional de la salud, especialmente la enfermera, calificando el control prenatal para la salud física y mental de la gestante<sup>(23)</sup>.

Otra consideración se refiere a la naturaleza del instrumento utilizado, ya que el ERDEG es un instrumento autoadministrado y, por lo tanto, permite que la gestante exprese su realidad sobre el riesgo de depresión sin interferencias externas. Este hecho se vuelve importante, ya que las diferentes herramientas de evaluación, combinadas con las diferencias socioeconómicas y culturales, pueden contribuir a la variabilidad en los resultados con respecto a la depresión prenatal entre diferentes poblaciones. Así, estudios previos mostraron tasas de depresión del 5,4% en Egipto<sup>(14)</sup>; 14% en Nigeria<sup>(24)</sup>, 26,6% en Ruanda<sup>(25)</sup> y 16% en Brasil<sup>(26)</sup>, lo que demuestra que existe una heterogeneidad considerable en las tasas debido a las diferencias en los tamaños de muestra, el diseño del estudio y el instrumento de evaluación.

Por lo tanto, el riesgo de depresión en mujeres embarazadas que reciben atención prenatal de riesgo habitual puede ser un problema más grave que el que se trata comúnmente y debe tenerse en cuenta para futuras investigaciones y acciones de salud prenatal.

En el análisis bivariado, las características socioeconómicas no mostraron una asociación significativa con el riesgo de depresión durante el embarazo. En contraste, un estudio anterior sugirió una asociación entre la falta de apoyo social y la depresión entre las mujeres embarazadas<sup>(25)</sup>.

Las características obstétricas tampoco mostraron asociación. Sin embargo, el riesgo de depresión fue más

frecuente en el primer trimestre del embarazo. Este hallazgo está en consonancia con los datos de un estudio africano realizado en Ghana, en el que los síntomas depresivos fueron más frecuentes en el primer trimestre<sup>(27)</sup>.

Este hecho puede estar asociado al período en que se realizó la recolección de datos, durante la pandemia de COVID-19. Estudios anteriores han demostrado mayores índices de depresión en gestantes durante la pandemia, lo que, por medio de la exacerbación del sufrimiento psíquico, afectó de manera desigual a la población vulnerable de gestantes<sup>(23,28-29)</sup>. En la pandemia, las gestantes formaban parte del grupo de riesgo para la enfermedad y enfrentaban un embarazo permeado por inseguridades en cuanto a su salud y la del feto, lo que puede favorecer un mayor riesgo de depresión durante el embarazo a partir del primer trimestre de gestación. En un estudio realizado en Turquía, el 81,5% de las gestantes presentaron depresión durante la pandemia<sup>(30)</sup>.

Otro motivo para tener en cuenta se refiere a que el primer trimestre está asociado a una fase de adaptación al embarazo o aparición de síntomas persistentes, por lo que es necesario un análisis longitudinal, como destaca un estudio realizado en Sudáfrica, donde la depresión fue común en el primer trimestre con una prevalencia del 27%<sup>(31)</sup>.

En este contexto, el aumento del riesgo de depresión en el primer trimestre del embarazo reitera la importancia del tamizaje universal, como lo recomiendan internacionalmente muchas organizaciones, incluyendo el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia<sup>(32)</sup>, el Grupo de Trabajo Estadounidense sobre Servicios Preventivos<sup>(33)</sup> y el Colegio Americano de Enfermeras Parteras<sup>(34)</sup>, pero lamentablemente no implementado en Brasil. Tal acción permite una intervención temprana capaz de prevenir la aparición del trastorno depresivo, encaminando oportunamente a la gestante para atención especializada en salud mental, si es necesario, y minimizando los gastos del sistema de salud<sup>(35)</sup>.

Además, se reitera la importancia de implementar estrategias para promover la salud mental de la gestante y la educación para la salud, ya que, por un lado, se valora mucho el embarazo y, por otro lado, existen normas culturales, creencias y actitudes en relación con la salud mental junto con la falta de establecimientos prioritarios y de salud mental. La suma de estos factores puede influir no solo en el comportamiento de las mujeres que buscan ayuda, sino también en el estigma, la atención a la salud y la inclusión social de las gestantes en sufrimiento psíquico<sup>(27)</sup>.

En el análisis multivariado se evidenció que las gestantes sin trabajo tenían mayor riesgo de depresión durante el embarazo. Corroborando este hallazgo, un estudio desarrollado en Nigeria mostró que tener trabajo reducía las posibilidades de depresión prenatal<sup>(25)</sup>.

En contraste, un estudio en Sudáfrica demostró que la ocupación no tiene un impacto significativo en los síntomas depresivos durante el segundo y tercer trimestre<sup>(31)</sup>.

El hallazgo del presente estudio relata el peso del contexto sociocultural en el que se inserta la gestante, principalmente en países en vías de desarrollo, como Brasil, donde los factores de riesgo pueden ser exacerbados y son más prevalentes tanto la pobreza como los trastornos de salud mental perinatal.

Los trastornos del estado de ánimo materno, como la depresión, han sido fundamentalmente asociados a factores de riesgo sociodemográficos, como el bajo nivel educativo y la renta económica<sup>(36)</sup>. Específicamente en Brasil, la depresión está relacionada con estresores estructurales y comunitarios asociados a los marcadores de pobreza, incluyendo baja educación, ingresos insuficientes, vulnerabilidad social, condiciones habitacionales desfavorables y desempleo<sup>(37)</sup>.

La característica de corte transversal de este estudio aparece como una limitación que imposibilita inferencias sobre la relación temporal de los eventos y/o la relación de causa y efecto. La contribución del estudio para el avance del conocimiento científico en el área de la salud y la enfermería se refiere al delineamiento del escenario de vulnerabilidad de las gestantes a la depresión que puede ser direccionado para la reducción de la ocurrencia de depresión prenatal, mediante intervenciones de salud adecuadas, medidas que incluyen investigación de riesgo, implementación de atención prenatal psicológica y promoción de la salud mental de la gestante en la APS.

## Conclusión

La alta prevalencia de riesgo de depresión durante el embarazo encontrada en el presente estudio sugiere la necesidad de planificación, priorización e integración de la salud mental en los servicios de salud prenatal, especialmente en el entorno de la APS, por parte de los gestores de salud y los formuladores de políticas.

En esta población de mujeres brasileñas, el riesgo observado de depresión durante el embarazo debe ser reconocido como un importante problema de salud pública y deben implementarse esfuerzos para abordarlo. Implementar herramientas para detectar el riesgo de depresión durante el embarazo puede ser un paso importante para resolver las necesidades de salud mental de las mujeres incluidas en la atención prenatal con riesgo habitual, especialmente en el entorno de la Atención Primaria de Salud donde, no pocas veces, se ve descuidada su salud mental y dificultad para acceder a atención especializada en salud mental. En ese contexto, se destaca la importancia del cuidado interprofesional y

colaborativo en el prenatal para la práctica del cuidado de la salud, especialmente de enfermería.

Medidas para brindar posibilidades de empleo y garantizar el apoyo a las mujeres embarazadas durante todo el embarazo pueden ser una estrategia exitosa para reducir el riesgo de depresión prenatal.

## Referencias

- Liang C, Chen D. The pathogenesis of depression during pregnancy and childbirth. *J Pract Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 5];35(4):243-6. Available from: [https://caod.oriprobe.com/articles/56545998/yun\\_chan\\_qi\\_yi\\_yu\\_zheng\\_de\\_fa\\_bing\\_ji\\_zhi\\_.htm](https://caod.oriprobe.com/articles/56545998/yun_chan_qi_yi_yu_zheng_de_fa_bing_ji_zhi_.htm)
- Jia J, Zhou R. Epidemiology and high-risk factors of depression during pregnancy and childbirth. *J Pract Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 5];35(4):241-3. Available from: [https://caod.oriprobe.com/articles/56545990/yun\\_chan\\_qi\\_yi\\_yu\\_zheng\\_de\\_liu\\_xing\\_bing\\_xue\\_ji\\_ga.htm](https://caod.oriprobe.com/articles/56545990/yun_chan_qi_yi_yu_zheng_de_liu_xing_bing_xue_ji_ga.htm)
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- Benatar S, Cross-Barnet C, Johnston E, Hill I. Prenatal Depression: Assessment and Outcomes among Medicaid Participants. *Behav Health Serv Res*. 2020;47(3):409-23. <https://doi.org/10.1007/s11414-020-09689-2>
- Yang Q, Yi L, Wei S. Meta-analysis of the relationship between mother's pregnancy and postpartum depression and offspring's behavior problems. *Chin Ment Health J* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 5];32:630-5. Available from: [http://en.cnki.com.cn/Journal\\_en/E-E059-ZXWS.htm](http://en.cnki.com.cn/Journal_en/E-E059-ZXWS.htm)
- Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho K, Bartnett B. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*. 2018;20(18):49. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1598-x>
- Hermon N, Wainstock T, Sheiner T, Golan A, Walsfich A. Impact of maternal depression on perinatal outcomes in hospitalized women - a prospective study. *Arch Womens Ment Health*. 2018;1:1-7. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0883-5>
- Bartel S, Costa SD, Kropf S, Redlich A, Rismann A. Pregnancy Outcomes in Maternal Neuropsychiatric Illness and Substance Abuse. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2017;77(11):1189-99. <https://doi.org/10.1055/s-0043-120920>
- Mikšić S, Miškulin M, Juranić B, Rakošec Z, Včev A, Degmečić D. Depression and suicidality during pregnancy. *Psychiatria Danubina*. 2018;30(1):85-90. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.85>
- Dossett EC. Perinatal depression. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2008;35(3):419-34. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2008.04.004>
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(1):782-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Beck, AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1998;8(1):77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(1):361-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Elrassas H, Taha GR, Soliman A, Madbole SAEK, Mahmoud DAM. Prevalence and related factors of perinatal depression in Egyptian mothers. *Middle East Curr Psychiatry*. 2022;29(35). <https://doi.org/10.1186/s43045-022-00203-2>
- World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2022 Jul 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
- Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012 [cited 2022 Jul 10]. Available from: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
- World Health Organization. Mental Health Atlas 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2022 Jul 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
- World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2022 Jul 10]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en)
- United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development [Internet]. New York, NY: UN; 2015 [cited 2022 Jul 12]. Available from: <https://wedocs.unep.org/20.500.11822/9814>
- Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Editora Blucher; 2005.
- Silva MMJ. Escala de risco de depressão na gravidez: construção e validação [Dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2019 [cited 2022 Aug 31]. Available from: <https://repositorio.usp.br/item/002957840>
- Silva GFP, Santos SV, Santana FS, Medeiros JS, Jesus SB. Risco de depressão e ansiedade em gestantes na atenção primária. *Nursing (São Paulo)*. 2020;23(271):4961-70. <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p4961-4970>

23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2022 Mai 20]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

24. Adeoye IA, Sogbesan A, Esan O. Prevalence, associated factors and perinatal outcomes of antepartum depression in Ibadan Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):219. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04549-7>

25. Umuziga MP, Gishoma D, Hynie M, Nyirazinyoye L. Antenatal depressive symptoms in Rwanda: rates, risk factors, and social support. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):193. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04522-4>

26. Nunes CV, Silveira MF, Bassani DG, Netsi E, Wehrmeister FC, Barros FC, et al. Antenatal depressive symptoms among pregnant women: Evidence from a Southern Brazilian population-based cohort study. *J Affect Disord*. 2017;209(1):140-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.031>

27. Ruth AP, Jacob S, Moses KK, Laura E, Murray K. High levels of depressive symptoms and low quality of life are reported during pregnancy in Cape Coast, Ghana; a longitudinal study. *BMC Public Health*. 2022;22(894). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13299-2>

28. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Drouin-Maziade C, Martel, MM. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99(7):848-55. <https://doi.org/10.1111/aogs.13925>

29. Farewell CV, Jewell J, Walls J, Leiferman JA. A mixed-methods pilot study of perinatal risk and resilience during COVID-19. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720944074. <https://doi.org/10.1177/2150132720944074>

30. Akgor U, Fadiloglu E, Soyak B, Unal C, Cagan M, Temiz E, et al. Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Arch Gynecol Obstet*. 2021;304(1):125-30. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05944-1>

31. Redinger A, Norris AS, Pearson RM, Richter L, Rochat T. First trimester antenatal depression and anxiety: prevalence and associated factors in an urban population in Soweto, South Africa. *J Dev Orig Health Dis*. 2018;9(1):30-40. <https://doi.org/10.1017/S204017441700071X>

32. American College of Obstetrics and Gynecologists: Screening for perinatal depression. ACOG committee opinion no. 757. *Obstet Gynecol*. 2018;132(5):e208-12. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002927>

33. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for

depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2016;315(4):380-7. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>

34. American College of Nurse-Midwives. Position statement: depression in women [Internet]. Silver Spring, MD: American College of Nurse-Midwives; 2003 [cited 2022 May 22]. Available from: <http://www.midwife.org/ACNM/files/ACNMLibraryData/UPLOADFILENAME/000000000061/Depression%20in%20Women%20May%202013.pdf>

35. Ribeiro GM, Cieto JF, Silva MMJ. Risk of depression in pregnancy among pregnant women undergoing high-risk prenatal care. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20210470. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0470en>

36. Míguez MC, Vázquez MB. Risk factors for antenatal depression: A review. *World J Psychiatry*. 2021;11(7):325-36. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i7.325>

37. Silva MMJ, Lima GS, Monteiro JCS, Clapis MJ. Depression in pregnancy: risk factors associated with its occurrence. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2020;16(1):1-12. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.153332>

## Contribución de los autores

**Concepción y dibujo de la pesquisa:** Mônica Maria de Jesus Silva, Tainah Barbosa de Moraes Serrano, Giovanna da Silva Porcel, Bruna Borlina Monteiro, Maria José Clapis.

**Obtención de datos:** Tainah Barbosa de Moraes Serrano, Giovanna da Silva Porcel.

**Análisis e interpretación de los datos:** Mônica Maria de Jesus Silva, Tainah Barbosa de Moraes Serrano, Giovanna da Silva Porcel, Bruna Borlina Monteiro, Maria José Clapis.

**Obtención de financiación:** Mônica Maria de Jesus Silva.

**Redacción del manuscrito:** Mônica Maria de Jesus Silva, Tainah Barbosa de Moraes Serrano, Giovanna da Silva Porcel, Bruna Borlina Monteiro.

**Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Bruna Borlina Monteiro, Maria José Clapis.

**Todos los autores aprobaron la versión final del texto.**

**Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.**

Recibido: 31.08.2022  
Aceptado: 08.05.2023

Editora Asociada:  
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Mônica Maria de Jesus Silva

E-mail: [monicamjs@usp.br](mailto:monicamjs@usp.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-4532-3992>