

Factores de riesgo de depresión perinatal en gestantes adultas en un Hospital de segundo nivel

Risk factors for perinatal depression in pregnant adults in a secondary care hospital

Romero de Anda María Natalia¹, Vergara Hernández Lourdes Alejandra¹, Fernández Moya Monserrat¹

¹Universidad de Guanajuato

mn.romerodeanda@ugto.mx, la.vergara@ugto.mx, fernandez.m@ugto.mx

Resumen

La depresión perinatal, que incluye episodios depresivos durante el embarazo y hasta un año después del parto, representa un problema de salud pública poco diagnosticado por lo que el objetivo de este trabajo fue identificar los factores de riesgo asociados a la depresión perinatal en gestantes adultas atendidas en un hospital de segundo nivel. Metodología: Estudio descriptivo y transversal identificó factores de riesgo en 139 gestantes atendidas en un hospital de segundo nivel del estado de Guanajuato. Se aplicó el Inventario de Factores Predictivos de Depresión Posparto (versión prenatal de Beck), encontrando presencia de las diez categorías que lo conforman. Resultados: Las mujeres reportaron buen apoyo familiar, el 49.6 % manifestó haberse sentido deprimida durante el embarazo y el 46.8% ansiosa. Conclusión: Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias de detección oportuna de los factores de riesgo que pueden afectar la salud mental perinatal en los servicios de salud, especialmente en instituciones públicas que atienden a población vulnerable.

Palabras clave: Depresión antenatal; Depresión posparto, factores de riesgo.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, a lo largo de la vida, múltiples determinantes individuales, sociales y estructurales pueden combinarse para proteger o afectar de forma negativa nuestra salud mental, reconoce que existen factores psicológicos y biológicos individuales, como las habilidades emocionales, el abuso de sustancia, la genética y etapas específicas como el embarazo que pueden hacer que las personas sean más vulnerables a las afecciones de salud mental (OMS 2022).

La depresión perinatal (DP), que comprende los episodios depresivos ocurridos durante el embarazo y hasta un año después del parto, representa un problema de salud pública de gran magnitud y con repercusiones significativas tanto para la madre como para el recién nacido (Contreras-Carreto *et al.*, 2022). Diversos estudios han evidenciado que este trastorno no solo afecta el bienestar emocional de la mujer, sino que también puede alterar el desarrollo cognitivo, emocional y físico del neonato, perpetuando un ciclo de vulnerabilidad en la etapa más temprana de la vida (Contreras-Carreto *et al.*, 2022).

A pesar de su prevalencia creciente —con cifras que oscilan entre el 6 % y el 38 % a nivel mundial, y con tasas prenatales incluso superiores al posparto en algunas regiones—, la depresión perinatal continúa siendo subdiagnosticada y poco tratada, especialmente en contextos institucionales donde la atención perinatal suele centrarse en los aspectos biológicos del embarazo (Marcos-Nájera *et al.*, 2017). Factores como la falta de redes de apoyo, antecedentes de trastornos mentales, conflictos con la pareja, situaciones de violencia, el estrés psicosocial y condiciones sociodemográficas como el desempleo o bajo nivel educativo han sido identificados como elementos de riesgo asociados a este padecimiento (Requena *et al.*, 2024; Rodríguez *et al.*, 2020).

En el contexto latinoamericano, y particularmente en México, persisten vacíos en la identificación oportuna de estos factores en los servicios de salud pública. Estudios realizados en hospitales públicos señalan que, si bien las instituciones de segundo nivel son puntos clave de contacto con las gestantes, pocas veces se integran protocolos sistemáticos de tamizaje y prevención de salud mental perinatal (Marcos-Nájera *et al.*, 2017; Contreras-Carreto *et al.*, 2022). A esto se suma la persistente idealización de la maternidad, que invisibiliza el sufrimiento psíquico de muchas mujeres y favorece el silencio y el estigma, como lo han documentado experiencias narrativas de mujeres que enfrentaron la maternidad en soledad y sin contención adecuada (San Martín & Terrones, 2025).

En este sentido, resulta prioritario generar evidencia local que permita caracterizar los factores de riesgo asociados a la depresión perinatal en mujeres gestantes, a fin de fortalecer la detección precoz e intervenir oportunamente desde los servicios de salud. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a la depresión perinatal en gestantes adultas atendidas en un hospital de segundo nivel, con el propósito de contribuir al diseño de estrategias preventivas integradas en la atención perinatal.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal que incluyó a 139 mujeres gestantes usuarias de un hospital de segundo nivel de atención, del estado de Guanajuato. Se realizó un muestreo por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron mujeres gestantes mayores de 18 años y que tengan mínimo 12 semanas de gestación.

La recolección de los datos se realizó por personal capacitado durante el periodo de julio 2025. Las mujeres fueron abordadas en los servicios de consulta, urgencias y hospitalización, se brindó un consentimiento informado y a las mujeres que aceptaron participar se les aplicó mediante entrevista una ficha de datos sociodemográficos y antecedentes obstétricos, posteriormente, se aplicó el instrumento: Inventario de factores predictivos de depresión posparto, versión prenatal de Beck. El cual consta de 32 ítems con respuesta dicotómica (Si/No) agrupados en 10 categorías (estado civil, estatus socioeconómico, autoestima, depresión prenatal, ansiedad prenatal, embarazo planeado/deseado, historia de depresión, apoyo social de la pareja, apoyo social de la familia, apoyo social de los amigos, satisfacción matrimonial/de pareja, eventos vitales estresantes) que representan los factores de riesgo para desarrollar depresión perinatal.

El análisis de datos se llevó a cabo en el software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 25, en donde se utilizó estadística descriptiva y se generaron los gráficos necesarios.

Resultados

Con respecto a los datos sociodemográficos se encontró que la media de edad de las mujeres gestantes fue de 26 años, encontrando como edad mínima 18 y máxima 41 y una moda de 25, el 46.8% cuenta con secundaria terminada, el 35.3% con preparatoria, 7.9% primaria y licenciatura, solo el 1.4% reportó estudios de maestría y el .7% ninguno nivel escolar. El 53.96% mencionó vivir en unión libre, el resto se muestra en el Figura 1.

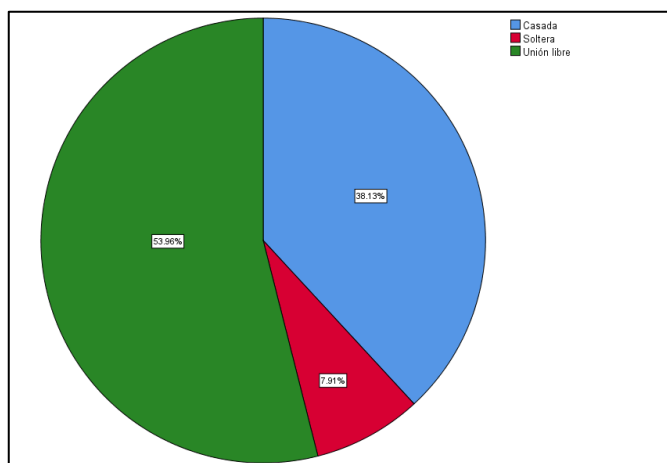


Figura 1. Estado civil de las mujeres gestantes.
Fuente: elaboración propia.

Al abordar los antecedentes obstétricos se encontró que el 64.7% era multigesta y el 35.3% era primípara, siendo el mayor número de embarazos 8, que en ese caso particular 4 habían sido abortos. El 35.41% de las mujeres ha experimentado el parto, mientras que el 33% ha sido sometida a cesárea. Por otro lado, el 19.4% de las mujeres ha sufrido abortos a lo largo de su vida, siendo el mínimo reportado 1 y el máximo 4. El promedio de hijos fue uno. La media para la asistencia a las consultas prenatales de este embarazo fue de 8, siendo el mínimo de consultas 1 y el máximo 30, ya que reportaron llevar su control prenatal en el Centro de salud y el Hospital de segundo nivel a la par, como se muestra en el Figura 2. Con respecto a las semanas de gestación, el promedio de 32 semanas, sin embargo, el 75.5% se encontraba en el tercer trimestre del embarazo, 23% en el segundo trimestre y el 1.4% se encontraba en la última semana del primer trimestre.

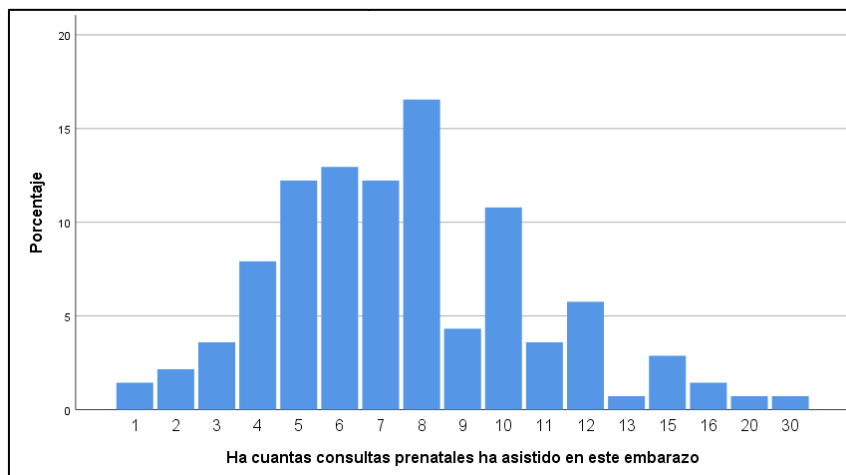


Figura 2. Consultas prenatales realizadas por las mujeres gestantes.
Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Resultados del inventario de factores predictivos de depresión posparto. Versión prenatal.

Categoría			Frecuencia (fx)	Porcentaje (%)
Estado civil	Casada/pareja		128	92.1
	Separada, viuda, divorciada		11	7.9
Estatus socioeconómico	Medio o alto		127	91.4
	Bajo		12	8.6
Autoestima	¿Se siente bien acerca de su persona?	Si	120	86.3
		No	19	13.7
	¿Se siente valiosa?	Si	133	95.7
		No	6	4.3
	¿Tiene buenas cualidades?	Si	128	92.1
		No	11	7.9
Depresión prenatal	¿Se ha sentido deprimida durante su embarazo?	Si	69	49.6
		No	70	50.4
Ansiedad prenatal	¿Se ha sentido ansiosa durante su embarazo?	Si	73	52.5
		No	65	46.8
Embarazo planeado/deseado	¿Fue el embarazo planeado?	Si	68	48.9
		No	71	51.1
	¿Fue el embarazo no deseado?	Si	3	2.2
		No	136	97.8
Historia de depresión	Antes de este embarazo ¿Se ha sentido alguna vez deprimida?	Si	23	16.5
		No	115	82.7
Apoyo social de la pareja	¿Cree usted que recibe apoyo emocional adecuado de parte de su pareja?	Si	124	89.2
		No	15	10.8
	¿Cree usted que puede confiar en su pareja?	Si	130	93.5
		No	9	6.5
	¿Cree usted que puede contar con su pareja?	Si	129	92.8
		No	10	7.2
	¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de su pareja?	Si	128	92.1
		No	11	7.9
Apoyo social de la familia	¿Cree usted que recibe apoyo emocional adecuado de parte de su familia?	Si	133	95.7
		No	5	3.6
	¿Cree usted que puede confiar en su familia?	Si	136	97.8
		No	3	2.2
	¿Cree usted que puede contar con su familia?	Si	134	96.4
		No	5	3.6
	¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de su familia?	Si	130	93.5
		No	9	6.5
Apoyo social de los amigos	¿Cree usted que recibe apoyo emocional adecuado de parte de sus amistades?	Si	71	51.1
		No	68	48.9
	¿Cree usted que puede confiar en sus amistades?	Si	68	48.9
		No	71	51.1

Categoría			Frecuencia (fx)	Porcentaje (%)
	¿Cree usted que puede contar con sus amistades?	Si	66	47.5
		No	73	52.5
	¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de sus amistades?	Si	58	41.7
		No	81	58.3
Satisfacción matrimonial/de pareja	¿Está satisfecha con su matrimonio o con su situación de pareja?	Si	129	92.8
		No	6	4.3
		No aplica	3	2.2
	Actualmente, ¿está teniendo problemas matrimoniales o de pareja?	Si	8	5.8
		No	126	90.6
		No aplica	5	3.6
	¿Van bien las cosas entre usted y su pareja?	Si	125	89.9
		No	10	7.2
		No aplica	4	2.9
	Problemas financieros	Si	31	22.3
		No	107	77.0
Eventos vitales estresantes	Problemas matrimoniales	Si	14	10.1
		No	125	89.9
	Muerte de un miembro familiar	Si	34	24.5
		No	104	74.8
	Desempleo	Si	35	25.2
		No	104	74.8
	Enfermedad seria de un miembro familiar	Si	16	11.5
		No	123	88.5
	Mudarse	Si	32	23.0
		No	107	77.0
	Cambio de trabajo	Si	2	1.4
		No	137	98.6

De forma general el nivel de riesgo de depresión perinatal obtenido de la puntuación general del inventario se presenta en el Figura 3.

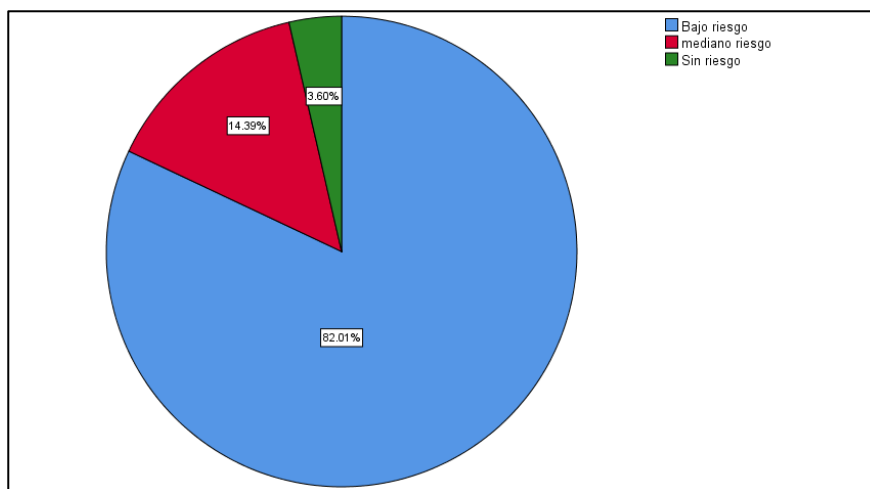


Figura 3. Riesgo de depresión perinatal de las mujeres gestantes.
Fuente: elaboración propia

Discusión

Los hallazgos del presente estudio permiten visibilizar múltiples factores de riesgo que inciden en la salud mental de las mujeres gestantes, particularmente en el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo. Casi la mitad de las participantes (49.6%) reportaron síntomas depresivos y el 46.8% síntomas ansiosos, cifras que resultan preocupantes al ser similares o superiores a lo reportado en contextos latinoamericanos con altos niveles de desigualdad social (Reyes-López *et al.*, 2021). Estos datos confirman que la depresión perinatal no es un fenómeno aislado ni poco frecuente, sino un problema estructural que demanda atención sistemática desde el ámbito clínico y comunitario (Howard *et al.*, 2014).

Uno de los hallazgos más relevantes fue que más del 51.1% de los embarazos no fueron planeados, condición asociada de forma consistente con el riesgo de trastornos afectivos perinatales, al limitar la preparación emocional y económica para la maternidad (Yin *et al.*, 2023). Además, la baja autoestima, presente en el 17.7% de las participantes, ha sido identificada como un predictor independiente de depresión en el embarazo, debido a su relación con mecanismos de afrontamiento deficitarios y mayor percepción de estrés (Guintivano *et al.*, 2018). En términos de antecedentes psicológicos, el 16.5% de las gestantes había tenido episodios depresivos previos al embarazo, lo que se alinea con investigaciones que señalan una mayor probabilidad de recurrencia de trastornos del estado de ánimo en el periodo gestacional (Biaggi *et al.*, 2016).

En cuanto al entorno social, se encontraron niveles preocupantes de aislamiento: un alto porcentaje de mujeres manifestó no recibir apoyo emocional ni poder confiar en sus amistades (más del 50%). Esto es consistente con lo reportado por Dennis & Letourneau (2007), quienes enfatizan que el aislamiento social incrementa significativamente la vulnerabilidad emocional durante el embarazo. Por otro lado, aunque el apoyo familiar se reportó en términos generales como positivo, algunas participantes manifestaron carencias en el acompañamiento de su pareja, lo cual se ha asociado también con mayor riesgo de desarrollar depresión posparto (Bennett *et al.*, 2004). Esta situación puede agravarse en contextos de insatisfacción conyugal o presencia de conflictos, como los señalados por un porcentaje considerable de las mujeres en el presente estudio.

Adicionalmente, se identificaron eventos vitales estresantes con alta prevalencia, tales como desempleo (25.2%), problemas financieros (22.3%) y duelos familiares recientes (24.5%). La acumulación de estos factores ha sido señalada como un detonante importante de sintomatología afectiva en la etapa perinatal (O'Hara & McCabe, 2013). A pesar de ello, la atención primaria en salud reproductiva sigue mostrando limitaciones para incorporar protocolos de evaluación sistemática en salud mental. La falta de tamizaje regular y personal capacitado continúa siendo una barrera en la detección precoz y atención oportuna, situación ya señalada por la Organización Mundial de la Salud (2022) como una brecha crítica en los sistemas de salud pública.

Este estudio reafirma la necesidad urgente de implementar estrategias de intervención interprofesional que integren a enfermería, trabajo social, medicina y psicología para abordar la depresión perinatal desde una perspectiva biopsicosocial. La incorporación de evaluaciones como el Inventario de Factores Predictivos de Depresión Posparto en la atención prenatal permitiría anticiparse a los riesgos y diseñar planes de cuidado centrados en la mujer, lo cual ha demostrado reducir la incidencia de trastornos afectivos en esta etapa crítica (Woody *et al.*, 2017).

Conclusión

El presente estudio evidenció una alta prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos autoreportados en mujeres gestantes, asociada a factores de riesgo como embarazo no planeado, baja autoestima, antecedentes de depresión, carencia de apoyo social y la presencia de eventos vitales estresantes. Estos resultados confirman la necesidad de considerar la salud mental como parte fundamental de la atención prenatal, especialmente en contextos vulnerables donde estas condiciones son invisibilizadas o subatendidas.

Se concluye que es urgente integrar protocolos de tamizaje emocional en las unidades de atención obstétrica, utilizando instrumentos validados y promoviendo la capacitación del personal en salud mental perinatal. La atención debe ser interdisciplinaria y centrada en la mujer, con énfasis en la detección oportuna, la intervención psicosocial y el fortalecimiento de redes de apoyo. Estas acciones son clave para prevenir complicaciones emocionales durante el embarazo y favorecer un entorno más saludable para la madre y el recién nacido.

Bibliografía/Referencias

- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698–709. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Contreras-Carreto, N. A., Villalobos-Gallegos, L., & Mancilla-Ramírez, J. (2022). Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. *Cirugía y Cirujanos*, 90(1), 128–132. <https://doi.org/10.24875/CIRU.20001246>
- Dennis, C. L., & Letourneau, N. (2007). Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 389–395. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0180-0>
- Guintivano, J., Manuck, T., & Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of postpartum depression: A comprehensive review of the last decade of evidence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 591–603. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000368>
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M. F., Izquierdo-Méndez, N., Olivares-Crespo, M. E., & Soto, C. (2017). Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*, 28(1), 49–52. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.001>
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Organización Mundial de la Salud. (21 de julio 2025). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un,la%20mejora%20de%20su%20comunidad>
- Requena, A., Cordero, Y., Redondo, L., Fernández, A., & Gómez, J. (2024). Ansiedad y depresión en el embarazo. Variables asociadas durante el periodo de pandemia COVID-19. *Enfermería Clínica*, 34(1), 23–33. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.11.005>

- Rodríguez, I., Gutiérrez, V., & Jiménez, C. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139–149.
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.004>
- San Martín, A. P., & Terrones, C. S. (2025). Cuando ser madre duele: Voces de la depresión postparto en Chile [Tesis de licenciatura, Universidad de Chile].
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>
- Yin, X., Sun, N., Li, Y., Xu, X., & Chen, C. (2023). Association between unplanned pregnancy and antenatal depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 330, 199–207.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.059>