

Caracterización de Factores de Riesgo Asociados con Depresión y Ansiedad en Mujeres Gestantes Pertenecientes a la Ruta de Atención Integral de los Centros de Salud de la Sabana de Occidente de Cundinamarca.

Maira Alejandra Escobar Pulido
Carol Alexandra Vera Giraldo
Ximena Zuluaga Salazar

Asesores: Enzo Leonardo Rodríguez Macías, Jaime Andrés Amaya González

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Cundinamarca, Extensión Facatativá
Trabajo Monografía
19 de junio 2025

Tabla de Contenido

Resumen.....	3
Introducción	5
Planteamiento del problema.....	7
Objetivos	11
General.....	11
Específicos.....	12
Justificación.....	12
Estado del arte.....	18
Marco teórico	27
Factores biológicos durante el embarazo.....	31
Factores Psicosociales en el Embarazo.....	32
Factores psicológicos en el embarazo.....	34
Marco ético y legal.....	35
Metodología	38
Tipo de Método.....	38
Población.....	38
Muestra	38
Factores de inclusión	39
Procedimientos.....	42
Resultados	43
Discusión.....	49
Conclusiones.....	56
Limitaciones.....	61
Referencias.....	63
Anexos.....	72

Resumen

La salud mental perinatal continúa siendo una de las áreas menos atendidas dentro de los servicios de salud en Colombia debido al enfoque biomédico del sistema, a pesar de la relevancia para el bienestar materno e infantil en los procesos de gestación. Esta investigación tuvo como objetivo describir los factores psicosociales relacionados con depresión y ansiedad en mujeres gestantes de los municipios de la Sabana de Occidente del Departamento de Cundinamarca, analizando su relación con los resultados de las escalas de detección de ansiedad perinatal (PASS) y depresión postparto (PPD). Se empleó una metodología cuantitativa de tipo descriptivo con corte transversal, en donde la muestra estuvo conformada por 100 mujeres gestantes, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicaron tres instrumentos: la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS), la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS) y un Cuestionario de Factores Psicosociales diseñado por los asesores del proyecto. Los resultados evidenciaron que el 49 % de las participantes presentaron síntomas de ansiedad y el 33 % síntomas de depresión. Asimismo, se identificaron factores de riesgo significativos como la edad temprana, el bajo nivel socioeconómico, la informalidad laboral, la ausencia de redes de apoyo y los antecedentes obstétricos que posibilitan el desarrollo de la sintomatología encontrada. Se concluye que es fundamental fortalecer la atención psicosocial durante la gestación mediante estrategias territoriales, integrales y sensibles al contexto de las mujeres, con el fin de prevenir complicaciones emocionales y favorecer su bienestar integral.

Palabras clave: Salud mental perinatal, ansiedad, depresión, factores psicosociales, gestación.

Abstrac

Perinatal mental health remains one of the least addressed areas within the Colombian healthcare system due to its predominantly biomedical approach, despite its importance for maternal and infant well-being during pregnancy. This study aimed to describe the psychosocial factors related to symptoms of anxiety and depression in pregnant women from municipalities in the Sabana de Occidente region of the department of Cundinamarca, analyzing their relationship with the results obtained from the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). A quantitative, descriptive, cross-sectional methodology was employed with a sample of 100 pregnant women selected through non-probabilistic convenience sampling. Three instruments were applied: the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS), the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), and a Psychosocial Factors Questionnaire designed by the project advisors. The results showed that 49% of participants presented symptoms of anxiety, while 33% showed symptoms of depression. Additionally, significant risk factors were identified, including early age, low socioeconomic level, informal employment, lack of support networks, and obstetric history. The study concludes that it is essential to strengthen psychosocial care during pregnancy through territorial, comprehensive, and context-sensitive strategies to prevent emotional complications and promote the psychological well-being of pregnant women.

Keywords: perinatal mental health, anxiety, depression, psychosocial factors, pregnancy.

Introducción

La salud mental durante la gestación es un aspecto crucial para el bienestar de la madre y el desarrollo del bebé, por lo que es importante no solo centrarse en lo biológico, sino también ampliarse a las áreas sociales y psicológicas. En Colombia, las altas tasas de violencia, la desigualdad socioeconómica y la limitada oferta de servicios de salud dignos y accesibles presentan un contexto complejo para las mujeres gestantes, en donde la omisión de este aspecto resulta realmente preocupante. Según un informe del Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] en 2022, factores como la pobreza, el acceso restringido a educación de calidad y la carencia de servicios universales de salud, son determinantes claves que contribuyen al aumento de complicaciones en la salud mental y física de las mujeres gestantes.

La depresión y la ansiedad perinatal, dos de los trastornos más prevalentes durante la gestación y el postparto, pueden tener un impacto significativo tanto en el bienestar de la madre como en el desarrollo del bebé (Álvarez, 2022). Estos trastornos, exacerbados por las ya de por sí complejas dificultades emocionales y sociales que enfrenta esta población, pueden verse agravados por factores socioculturales como la violencia intrafamiliar, las dificultades económicas, los roles tradicionales, el acceso inequitativo a información o servicios específicos de salud mental y el miedo (Monterrosa, Rodelo, et al., 2022).

En este mismo sentido, en un contexto colombiano marcado por las desigualdades de género, la violencia estructural y los altos índices de embarazo adolescente, se requiere de investigaciones que exploren los factores de riesgo que puedan estar vinculados a estos trastornos, pues a pesar de la existencia de estudios que abordan factores de riesgo asociados con la depresión y la ansiedad en mujeres gestantes, en el departamento de Cundinamarca y en Colombia en general, las investigaciones sobre este tema siguen siendo escasas y limitadas

identificando un vacío estructural en la atención primaria en temas de salud mental en las mujeres gestantes.

Esta investigación parte reconociendo que la gestación no es una experiencia universalmente grata, que se exima de la presencia de dificultades psicológicas como suele narrarse, en cambio parte de una hipótesis fundamental: la salud mental en el embarazo está intrínsecamente vinculada a factores biológicos, psicosociales y estructurales, los cuales interactúan de manera compleja y muchas veces son desatendidos por los sistemas de salud (Robayo, 2022). Si bien el acceso a la salud prenatal en Cundinamarca presenta niveles relativamente altos de cobertura, este estudio sugiere que la calidad de dicha atención podría no estar respondiendo a la totalidad de las necesidades de las mujeres gestantes, particularmente en lo referente a la detección y tratamiento oportuno de algún trastorno (Alcaldía de Cundinamarca, 2021). Esta investigación no solo busca caracterizar los factores de riesgo asociados con la ansiedad y la depresión perinatal, sino también conocer la manera en que dichos factores han sido conceptualizados y abordados en la literatura, con relación a los diferentes trastornos.

En ese sentido, se retoman hallazgos previos que indican que variables como la violencia de pareja, condiciones económicas estables y el nivel de apoyo social tienen un papel determinante en la prevalencia de estos trastornos (Navarrete, Lourdes & Lara 2021; Smith et al., 2018). Sin embargo, la literatura revisada también muestra divergencias sobre la relevancia de ciertas variables, como la edad materna o las condiciones laborales son variables que posibilitan el riesgo a la presencia de determinado trastorno, lo que sugiere una revisión bajo la interacción de estos aspectos en un contexto específico como el de Cundinamarca.

La presente monografía se realizó en el marco del proyecto de investigación *"Propuesta de estudio para el acompañamiento psicológico durante la gestación y el puerperio de mujeres*

de Cundinamarca integrando técnicas de Machine Learning”, estableciéndose como un producto de la investigación; esta tiene como objetivo principal describir factores psicosociales relacionados con depresión y ansiedad en mujeres gestantes que asisten a la ruta de atención perinatal en instituciones de salud de la Sabana Occidente de Cundinamarca, analizando su relación con los resultados de las escalas de detección de ansiedad perinatal (PASS) y depresión postparto (PPD).

Planteamiento del problema

La gestación es un proceso natural que implica diferentes cambios físicos, psicológicos y sociales que se desarrollan buscando la adaptación de la mujer a las nuevas demandas de la misma gestación y las habituales de la vida, en este tiempo se genera un alto grado de vulnerabilidad en aspectos de Salud Mental (Torres K., 2020). En algunos casos, esta adaptación acarrea cualquier tipo de alteración psicológica y cerca del 80% de las mujeres las sufren durante las diferentes etapas del embarazo y puerperio (Martí Gómez, 2023). A pesar de esto, el Ministerio de Salud (2020) detectó que la atención médica durante el embarazo se centra en los aspectos biomédicos que controlan y dan seguimiento al bebé, la madre y las complicaciones médicas que puedan surgir en la etapa prenatal o el postparto, generando que el manejo de aspectos psicológicos y socioculturales (como los roles de género, normas culturales, redes de apoyo, entre otros) del embarazo, en muchos casos reciban poca atención o cobertura. Esta omisión se debe, en gran medida, a la desinformación y la limitada formación del personal médico en salud mental perinatal, lo que deja a muchas mujeres gestantes sin un abordaje integral que contemple el bienestar emocional y psicosocial.

La salud mental es un estado que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y así mismo le permite contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022)

Cuando un individuo crece, experimenta situaciones que empujan a una respuesta emocional y comportamental que permite equilibrar estos escenarios abruptos que rompen la normalidad; estas respuestas se ven influenciadas por las herramientas disponibles y se ven

directamente relacionadas con la exposición a circunstancias sociales, económicas, educativas, ambientales, físicas, etc. En el caso del proceso de gestación, la adaptación se ve condicionada por diversos factores desde aspectos sociales, económicos, educativos y ambientales, los cuales pueden determinar la forma en que una mujer gestante enfrenta los desafíos emocionales que trae consigo la maternidad, la inestabilidad en estos pueden afectar el desarrollo de un afrontamiento saludable de la gestación, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar ansiedad o depresión perinatal.

Los síntomas psicológicos pertenecientes a trastornos como la depresión, ansiedad y el estrés pueden tener un impacto significativo en el embarazo y convertirse en factores condicionantes de padecimientos obstétricos que pueden presentarse más adelante tanto en la gestante como en el desarrollo del bebé; por ejemplo, un aumento en los niveles de cortisol y noradrenalina pueden disminuir el flujo sanguíneo uterino lo que implicaría dificultades en el desarrollo. La depresión perinatal y posnatal implica más costos dadas las bajas laborales por el tratamiento, las alteraciones cognitivas, sociales y del desarrollo se hacen más presentes debido a los problemas en el vínculo materno-infantil, lo que puede derivar en dificultades en el desarrollo cognitivo y emocional del bebé (Álvarez, 2022).

Los factores de riesgo en madres primigestas pueden afectar significativamente en el nivel de lactancia que pueden tener las madres, Olivera et al (2018) estudiaron como la edad materna, el nivel de educación, el estado socioeconómico, el estado civil, el empleo y los factores psicológicos relacionados con la madre y el bebé afectan la lactancia, además aquellas madres que sufrían de depresión postparto o sufrían de ansiedad durante el embarazo estaban vinculadas con la probabilidad de posibles madres que no iban a llevar a cabo la lactancia, incluso el leer sobre las contradicciones de la lactancia evitaba que las madres quisieran hacerlo.

Por otro lado, Ontiveros & López (2010) encontraron que, si la adaptación psicosocial y los síntomas ansiosos, disminuyen en las madres que cuentan con un sólido sistema de apoyo y cuentan con una situación económica superior a la de la población general, mientras que la ausencia de estos factores se asocia a un mayor riesgo de presentar estos trastornos.

En el Análisis de Situación de Salud (2023) de los diferentes municipios del departamento se encontró determinante el régimen de salud que ha presentado un porcentaje importante en los diferentes estudios como posible factor de riesgo para el desarrollo de la depresión y la ansiedad en mujeres gestantes. En Cundinamarca, la afiliación al régimen contributivo varía entre municipios, lo que podría influir en la distribución del riesgo. Actualmente en Chía el 71% de la población pertenece al régimen contributivo y el 29% al subsidiado, siguiendo los estudios es menor la población en riesgo para este municipio. En cuanto a Facatativá el 75% hace parte del régimen contributivo y el 35% del subsidiado, por lo que para este municipio y en seguimiento a las investigaciones la población en riesgo es menor. Con respecto a Zipaquirá no presenta un porcentaje exacto, pero las cifras de los habitantes afiliados al régimen contributivo son notoriamente mayores que las inscritas en el subsidiado, así que al igual que los otros municipios el riesgo es menor. Finalmente, para el municipio de Soacha hay un problema laboral, ya que el 59,4% de la población no está afiliada a ningún régimen dado que son habitantes extranjeros los que predominan en este municipio, por lo que se desconoce la cifra de personas afiliadas, pero los pocos datos indicarían que un porcentaje importante de la población restante pertenece a régimen subsidiado, por lo que sería el municipio de mayor riesgo.

Este panorama revela una problemática compleja en la que diversos factores interaccionan configurando condiciones de vulnerabilidad en cuestiones de salud mental de las mujeres gestantes. El Departamento de Cundinamarca presenta una realidad diferente en cuanto

a la atención médica y a los factores que se pueden presentar en las mujeres gestantes, teniendo en cuenta la población tan diversa que se tiene en términos de salud, redes de apoyo, y factores incluso geográficos con las características particulares que estos pueden tener lo que lleva a la pregunta de investigación *¿cuáles son los factores psicosociales relacionados a la ansiedad y la depresión en mujeres gestantes de la Sabana de Occidente de Cundinamarca, pertenecientes a la ruta de atención perinatal?*

Objetivos

General

Describir los factores psicosociales relacionados con depresión y ansiedad en mujeres gestantes de los municipios de la Sabana de Occidente del Departamento de Cundinamarca,

analizando su relación con los resultados de las escalas de detección de ansiedad perinatal (PASS) y depresión postparto (PPD).

Específicos

- Identificar los factores de riesgo asociados a la ansiedad y depresión en mujeres gestantes de la Sabana de Occidente del Departamento de Cundinamarca, considerando variables sociodemográficas, económicas y psicosociales.
- Aplicar la Escala de detección de ansiedad perinatal (PASS), la Escala de Depresión de Postparto de Edinburgh (PPD) y el Cuestionario Factores Psicosociales (CFPS) en mujeres gestantes pertenecientes a la ruta de atención perinatal en las instituciones de salud de la Sabana de Occidente del Departamento de Cundinamarca.
- Caracterizar los diferentes factores de riesgo hallados, en las mujeres gestantes pertenecientes a la ruta de atención perinatal en las instituciones de salud de la Sabana de Occidente del Departamento de Cundinamarca.

Justificación

A lo largo de los últimos años, se han realizado investigaciones y estudios acerca de los posibles factores de riesgo asociados con depresión y ansiedad en mujeres gestantes tanto a nivel internacional y nacional, sin embargo, se logra evidenciar una deficiencia al identificarlo en un

contexto cercano como lo es el departamento de Cundinamarca y específicamente a la Sabana de Occidente del departamento. Cuando se realizan distintas aproximaciones y/o intervenciones en un territorio específico, es necesario poder tener bases cercanas que permitan inicialmente tener un panorama amplio, aterrizado y pertinente tanto para la problemática que se quiera tratar, para poder llevar a cabo un alcance real en la población. Resultan insuficientes los estudios o propuestas existentes ya que a pesar de que el contexto nacional logra permear todo el territorio, existen diferencias que hacen que exista una brecha entre los estudios realizados en departamentos específicos o si se habla a nivel nacional con una muestra pequeña de cada territorio del país. Como se postula en Sánchez, Torres R, M (2017)

Al interior de los países la desigualdad es el resultado de diferentes aspectos tales como la propiedad de la tierra y el capital, la concentración económica en ciertas ciudades, la capacidad institucional, la situación del mercado laboral (segmentación, informalidad, subempleo) y de los niveles de educación; asimismo, de la heterogeneidad estructural del aparato productivo, las brechas en remuneración (por sexo, raza y lugar de origen), la estructura impositiva que no contribuye a mejoras en la distribución (políticas tributarias regresivas, excesiva carga del impuesto al consumo), entre otros factores. Además de todo lo anterior, no sobra destacar en Colombia el gran efecto de la violencia, el conflicto armado y el desplazamiento forzado, lo cual ha generado grandes problemas de trampas de pobreza y aumentos en la desigualdad.

Esto apoya la importancia de crear y analizar diferentes escenarios que permitan individualizar los alcances de los estudios y a su vez poder llegar a ser más efectivos y poder tener un impacto real en la problemática. Lograr poyar y entender los diferentes contextos que se presentan en las vidas de las mujeres de Cundinamarca que se encuentran en estado de gestación.

El DANE (2022) realizó un estudio en el que se identificó que las principales variables que contribuyen a complicaciones en la salud mental y física de mujeres gestantes son la pobreza, el limitado acceso a educación de calidad y las carencias en la prestación de servicios universales y dignos. Además, se destacó que la edad de la gestante, cuando corresponde a la de una niña o adolescente, es un factor de riesgo significativo. En este grupo de menores, las desigualdades de género y vulnerabilidades adicionales, como las de tipo étnico, socioeconómico y geográfico, son especialmente comunes. Según este estudio, el 15,8 % de la población colombiana, que corresponde a 8.075.841 personas, son niñas, y adolescentes que viven en hogares donde estas complicaciones están presentes. Entre ellos, el 1,8 % de las niñas de 10 a 14 años y el 12,3 % de las adolescentes de 15 a 18 años han estado casadas o en unión libre, y de estas, el 0,3 % y el 2,1 % respectivamente, han tenido al menos un hijo nacido vivo. Actualmente, estas cifras superan las registradas en 2020 y se aproximan a las de 2015. Antioquia presenta el mayor número de nacimientos en niñas y adolescentes, seguido de Bogotá con una diferencia del 3 %. Ambos territorios también muestran altos índices de explotación sexual y trata de personas. En cuanto a grupos étnicos, la población indígena registra la mayor incidencia de nacimientos en niñas y adolescentes.

Durante el embarazo esta la necesidad de adaptación a diferentes exigencias bio-psicosociales, sin embargo, el personal y profesionales en el área de la salud que normalmente atiende este proceso asumen en su mayoría los componentes biomédicos, y se deja de lado aquellos factores socioculturales como la educación, las redes de apoyo, la ubicación geográfica, entre otros., que se asocian a la depresión y ansiedad, que generan afectaciones no solo para la madre, sino también en el feto, el neonato y el infante, por lo que los problemas económicos, la

falta de apoyo y el sentir miedo sin razón alguna eran parte de las exigencias que más costaban en términos de adaptación (Monterrosa, Rodelo, et al; 2022).

Por otro lado, Tiffany Field (2012) ha estudiado en diferentes investigaciones los cambios emocionales que pueden experimentar las mujeres en los trimestres gestacionales, y ha encontrado que el primero los síntomas de ansiedad y depresión suelen ser más prominentes como consecuencia a la adaptación física y emocional del inicio de la gestación, sin embargo, en el segundo es común experimentar una mejora en su bienestar emocional, ya que los niveles hormonales suelen estabilizarse un poco más. Finalmente, para el tercero estos síntomas vuelven a tener un pico alto, pero ya no por la adaptación sino por la preocupación que surge sobre el parto, la salud del bebé y la preparación para la maternidad.

Por otro lado, la edad también juega un papel importante en estos factores de riesgo, así lo estudiaron Arguello & Roxanna (2022), en donde para niñas y adolescentes entre los 10 a los 17 años, se encontró un aumento de abandono, baja autoestima, muerte materna y fetal, dado que, se descuidan los factores de riesgo comunes en esta población (falta de capacidad de cuidado al bebé, falta de recursos, interrupción de la educación, etc.). En cuanto a las investigaciones sobre adolescentes se ha demostrado que por lo general tenían antecedentes de embarazos adolescentes en su familia, y un sentimiento de odio hacia sus padres, lo que las llevaba a tener relaciones sexuales sin protección, no obstante, la mayoría de ellas al quedar embarazadas mejoraban su relación con los padres y se dañaba totalmente con su pareja, lo que ocasiono un factor de riesgo adicional (Sámano, 2017).

La violencia en Colombia es un problema que se puede notar a nivel Nacional, sin embargo, las escasas investigaciones hasta el momento solo indican como factor de riesgo la violencia física, verbal, psicológica y económica como posibles factores de riesgo para el

desarrollo de la depresión y ansiedad en mujeres gestantes, pero un aumento de investigaciones podría aclarar las diferentes hipótesis de estas investigaciones de la violencia a mano de grupos armados ilegales en zonas rurales. La violencia durante el embarazo tal y como lo menciona Paiz (2022) tienen una mayor prevalencia para el desarrollo de depresión perinatal y postparto, esta prevalencia era bastante parecida a la de aquellas mujeres que tenían antecedentes de problemas en su salud mental.

La presente investigación se desarrolla en el departamento de Cundinamarca, con mujeres gestantes, en el cual se espera inicialmente revisar antecedentes pertinentes, como se mencionaba anteriormente, reconociendo la importancia de estudios existentes, pero teniendo en cuenta solo variables aplicables a nuestra población, posteriormente, encontrar y caracterizar aquellos factores de riesgo que permiten la aparición de ansiedad y/o depresión durante el periodo de gestación. En Guerra et al (2016) se puede observar que parte de su revisión afirma que la salud mental en mujeres gestantes no es de gran interés a los centros de salud, las afectaciones o complicaciones durante la gestación se tratan desde explicaciones médicas centradas en lo físico u hormonal, ignorando como los problemas mentales u socioemocionales juegan un papel fundamental durante el embarazo. Para esta investigación se busca determinar específicamente aquellos factores influyentes en la depresión y ansiedad, trastornos que son muy comunes en la sociedad, pero al ser pasadas por alto se evade el tratamiento, lo que trae consecuencias negativas no solo para la madre, sino también para el feto.

En ocasiones se derivan a las madres a simples diagnósticos y los externalizan del trato humano, que es fundamental dada nuestra naturaleza social y relacional, por lo que se incrementan los factores de riesgo tanto para la madre como para el no y neo nato, y para los niños durante su primera infancia, por lo que al separarnos de nuestra identidad humana genera

un malestar emocional, que sumado a los propios problemas que la persona tenía, como puede ser alguna patología psicológica, o por sí mismo anteriormente ya tener el malestar emocional ansiedad o tristeza, se pueden exacerbar y generar una depresión, pre y post parto, repercutiendo tanto en la madre como en su hijo(a) próximo(a) a nacer, e inclusive, después de nacido, en la relación madre/hijo(a), si estos síntomas perduran con el paso del tiempo, lo que implica que el niño(a), también por nuestra naturaleza social puede desarrollar problemas emocionales a largo plazo por no crear un vínculo adecuado con la madre.

Esta investigación aporta a una comprensión más amplia, crítica y situada de los riesgos psicosociales que logran afectar a poblaciones consideradas vulnerables como lo son las mujeres gestantes en contextos territoriales diferenciados como el departamento de Cundinamarca, en donde como estudiantes de la Universidad de Cundinamarca retomando la línea translocal 3 por lo que entiende y reconoce la familia como un núcleo primordial, en el cual se desarrollan seres sociales, integrales y holísticos; los cuales tienen interacción constante con un entorno comunitario, educativo, laboral y domiciliario. Dentro del marco de la presente investigación se busca contribuir a el cuidado, prevención y sostenimiento de la salud mental de las madres en Cundinamarca. A su vez que se encuentra un proceso investigativo enmarcado por un pensamiento crítico y autónomo del contexto. Con el fin de, poder alcanzar los objetivos planteados y a su poder contribuir a la sociedad con un ejercicio de aproximación y caracterización. (Buenahora Ochoa et al. 2021)

Por último, cabe resaltar que el desarrollo de esta investigación es pertinente debido a que permitió consolidar información fundamental y necesaria para el diseño del aplicativo que se encuentra en desarrollo y el cual es resultado de la investigación "*Propuesta de estudio para el acompañamiento psicológico durante la gestación y el puerperio de mujeres de Cundinamarca*

integrando técnicas de Machine Learning", en el se requería de los resultados de tres escalas y una caracterización inicial para su funcionamiento inicial. Estos datos, le permitieron identificar las principales características de la población, que fue esencial para el autoaprendizaje y desarrollo predictivo del aplicativo, ayudando a conocer y tener un acercamiento a las mujeres gestantes y así identificar información diferencial clave durante el embarazo, lo que a su vez guía y delimita posibles factores protectores y de riesgo que tienen las mujeres al utilizar el aplicativo.

Estado del arte

Para el desarrollo del presente apartado, se revisan un total de 50 artículos aproximadamente, la búsqueda de estos documentos se hizo en bases de datos como Science direct, google académico, Scopus y Scielo, haciendo uso de palabras claves como gestación, depresión perinatal, ansiedad perinatal, factores de riesgo y depresión perinatal, factores de

riesgo y ansiedad perinatal, entre otras. Se orienta la búsqueda de información a documentos que tenían como variables de estudio la depresión y ansiedad perinatal, a artículos que describiera factores de riesgo que tuvieran impacto en la depresión y ansiedad perinatal y aquellos que obtuvieran cifras que aportaran a la presente monografía, sin embargo se descartaron aquellos artículos que superaran los 15 años de realización desde el 2024, que la problemática del estudio no fuera depresión o ansiedad perinatal, que estuvieran ubicados en países y ciudades fuera de Latinoamérica, esto teniendo en cuenta que se esperaba tener un acercamiento a las condiciones socioeconómicas actuales en el país de Colombia dado una de las variables de estudio como lo son los factores de riesgo.

Teniendo en cuenta lo anterior, la depresión y ansiedad son dos trastornos que se han llevado a muchos estudios por su impacto en la población a nivel mundial, lo que ha permitido identificar un patrón comportamental de ambos trastornos, que ha sido persistente en personas con la presencia de este. La depresión se caracteriza por una persistente sensación de tristeza y pérdida de interés en el desarrollo tanto de actividades cotidianas como el de actividades específicas que anteriormente eran placenteras, mientras que la ansiedad implica una preocupación excesiva y miedo sobre diversas actividades. Es muy importante que, durante el embarazo, estos mismos logren identificarse ya que se convierten en algo indispensable para la madre y el desarrollo del bebé, las mujeres gestantes como se mencionó antes se vuelven vulnerables a estos trastornos, dado sus cambios hormonales, físicos y emocionales en este proceso (Estévez, 2022).

La depresión perinatal se considera como un episodio de depresión mayor o menor que inicia durante el embarazo, sin embargo, la falta de atención a este trastorno puede ocasionar en las mujeres una depresión postparto que ya no solo traería dificultades para la mujer gestante,

sino que también se ve una afectación del bebé, por lo que también es importante tener en cuenta las afectaciones más comunes a nivel obstétrico, tales como, trastorno hipertensivo en el embarazo, ruptura prematura de membranas, restricción de crecimiento intrauterino, entre otras. En algunas mujeres se encontró que pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, no tener pareja, bajo nivel de escolaridad y ser de raza negra e indígena, si eran factores de riesgo importante no solo para el desarrollo de depresión, sino que son factores que no se les da la importancia necesaria, por lo que aumenta el riesgo de depresión postparto (Ortiz, et al, 2016)

En los últimos años se han llevado diferentes estudios en todo el mundo acerca de este tema, enfocándose alrededor de los factores de riesgo que enfrentan las mujeres gestantes en el desarrollo de la depresión y la ansiedad, para los diferentes estudios se ha hecho uso de la Escala de detección de ansiedad perinatal [PASS] y la Escala de Depresión de Postparto de Edinburgh [PPD], las investigaciones variaron en temas de población y necesidad de adaptación de las escalas, pero se relacionaron en términos de problemática como lo eran los factores de riesgo (Rivera,2022). En relación, Vergel et al., (2019) encontraron que diferentes factores psicosociales afectaban a mujeres gestantes, en este estudio los investigadores hacen énfasis en que estos factores de no ser tratados a tiempo podrían tener manifestaciones a corto, medio y largo plazo en el desarrollo del embarazo.

Específicamente Latinoamérica, continente pocos estudios sobre el tema este tema de investigación, Barrera & Nichols (2015) examinaron que en más del 70% de mujeres de aproximadamente en 51 países experimentaban sentimientos de tristeza no solo durante el embarazo, sino que incluso después del parto, el uso del internet fue de gran ayuda y fue la herramienta más rápida y eficaz según las autoras para llegar a estas pacientes, y de este modo

educar, se podían ofrecer intervenciones psicológicas, que fueron de gran ayuda para disminuir las preocupaciones de las madres y con esto también disminuir síntomas ansiosos y depresivos.

En Paraguay, Ishida et al (2010) encontraron que las mujeres que tenían un embarazo no deseado tenían un porcentaje significativamente más alto en el desarrollo de trastornos mentales comunes (TMC) e ideación suicida, según este estudio mujeres que no tenían pareja, o algún hijo; también hacían parte de este grupo con mayor riesgo de afectación, por otro lado, las mujeres que no estaban en embarazo, que tenían pareja, hijos anteriores o embarazos planeados, tenían riesgo de sufrir una TMC, pero su porcentaje era casi 40% menor al del grupo mencionado anteriormente, por lo que los autores recomiendan la aplicación de tratamientos y psicoeducación en ambas poblaciones a fin de mitigar los riesgos.

En Colombia, se mantiene un sistema de salud con régimen subsidiado y contributivo, en el primero se tienen a las personas que no cuentan con trabajo y están en el sistema SISBEN en una categoría de población vulnerable, por el contrario, en contributivo están aquellos pacientes que trabajan y afiliados a sus familiares. Se encontraron diferencias de estos servicios de salud que influyen en el desarrollo del embarazo, dentro de las cuales está la atención médica en calidad y tiempo, disponibilidad de medicamentos, disponibilidad de sedes de atención de tipo urgencia, entre otros. Por lo anterior, en muchas ocasiones variables como la edad no tenían ningún tipo de influencia en el desarrollo de depresión y ansiedad en mujeres gestantes, basta la diferencia de régimen para ser un factor de riesgo de gran impacto. (Guerra et al. 2015)

En un estudio realizado por Diaz et al., (2013), se halla que mujeres gestantes con parejas inestables tienen un riesgo significativo de presentar ansiedad y depresión en comparación con parejas más estables, observándose que las condiciones de la gestación de tipo física como los cambios en el cuerpo o emocionales por los cambios en los niveles de hormonas incurren a

aumentar el riesgo; visualizado en embarazos no planificados y/o deseados en el ciclo vital por el que se trascurre. En Antioquia Colombia, durante la pandemia otro estudio realizado demostró que el 30.4% de mujeres gestantes que se encuestaron presentaron riesgo de presentar más adelante ansiedad, dada la incertidumbre que les generaba ser separadas de su bebé al nacer, no estar acompañadas en el parto y el miedo al contagio durante la gestación (Gaviria-Arbeláez et al., 2022), mostrando así que factores contextuales podrían incrementar la presencia del riesgo.

Adicionalmente, la violencia ha sido un tema de investigación relacionado a la presencia de estos trastornos en mujeres gestantes, Navarrete et al (2021) encontraron que la violencia de pareja por si sola aumenta significativamente el riesgo de síntomas depresivos y ansiosos, sin embargo, cuando la mujer tiene un apoyo social, nivel educativo o ingresos estables, el aumento de este riesgo con la presencia de este factor no es significativo. Por otro lado, Smith et al. (2018) encontraron una relación significativa entre la violencia de género y la baja escolaridad, no solo hacia la madre, sino también en los primeros dos años de vida del bebé, los investigadores consideraron que estas dos variables afectaban a la madre en su estado de salud mental, resultado que al nacimiento del bebé muchas de estas madres no querían verlos, o incluso los bebés comenzaban hacer parte activa de los diferentes tipos de violencia que podría haber enfrentado la madre durante el embarazo.

En cuanto a factores de riesgo Borda et al. (2013) llevaron a cabo un estudio en el que, tras revisar edad, antecedentes obstétricos, personales y familiares, encontraron que para la depresión los posibles factores de riesgo de mayor impacto en mujeres gestantes son la ocupación fuera de casa (trabajar/estudiar), antecedentes de aborto y disfuncionalidad familiar (leve o grave). De los anteriores los antecedentes de aborto aumentaban el riesgo de sufrir depresión en la gestación hasta 4 veces, mientras que la ocupación fuera de casa y la

disfuncionalidad familiar aumentaban 3 veces el riesgo. Algunos factores por el contrario no se encontraron relacionados con el desarrollo de depresión, entre estos estaban estado civil, nivel de educación, embarazo no planeado, antecedentes de depresión personal o familiar y apoyo social percibido bajo.

Desde el departamento de Cundinamarca dentro de su plan decenal de salud pública comprendido entre 2011 y 2021, se plantearon diferentes estrategias con el fin de mejorar no solo la salud pública sino también los derechos sexuales de los habitantes. En primer lugar, se busca implementar un plan que trate la morbilidad materna extrema y la transmisión materno infantil de VIH, pues en varias ocasiones esta transmisión se da por la falta de controles por parte de las aseguradoras, o incluso la falta de una afiliación a las mismas. Busca también, mejorar la atención de urgencias en términos de salud mental, incluyendo profesionales capacitados para estas urgencias, atención inmediata y solución de incapacidades. La alimentación es también uno de los puntos importantes a tratar no solo en bebés, sino también en mujeres gestantes, por lo que se busca garantizar al 100% que las gestantes identificadas con malnutrición tengan una valoración nutricional que este a cargo del asegurador. (PTS Cundinamarca, 2021)

En los Análisis de Situación de Salud [ASIS] (2023) realizados por el Ministerio de Salud y la Protección Social [MinSalud] permite evidenciar que en los municipios de Chía, Zipaquirá, Facatativá y Soacha (2023), se encontraron cifras que aportan a conocer la situación actual de algunos temas de interés para el proyecto. De manera particular, para Chía en 2024 la tasa de fecundidad para las niñas, adolescentes y mujeres ha disminuido respecto a 2012, sin embargo, actualmente las mujeres de 15 a 19 años presentan la fecundidad más alta de este municipio con 26.95% y las niñas de 10 a 14 años la más baja con 0.39%. En cuanto a Zipaquirá, las mujeres de 15 a 19 años presentaron 33.3 nacidos vivos por cada 1.000 lo que indica la tasa más baja en los

últimos 2 años. Para Facatativá entre los 10 y los 19 años también tiene un descenso teniendo como promedio 39.04 por 1.000; entre los 15 y los 19 años su descenso es desde 2010 y tiene como promedio 75.39 por 1.000. Para Soacha la tasa más alta es en mujeres de 15 a 19 años (42.5%).

Para otro de los factores de riesgo que se encontraron importante dentro de la investigación se encontró la violencia hacia la mujer sea gestante o no, ya que un antecedente de violencia también tenía cierto porcentaje en cuanto a la afectación a la salud mental. Para Chía, se han presentado 77 casos de violencia de pareja a mujeres entre los 18 y los 28 años, siendo la cifra más alta de casos de violencia para este municipio entre 2020-2023. Facatativá presenta una cifra de 330,53 que, en comparación con los otros tipos de violencia con el municipio, este es uno de los más bajos, por lo que no es el municipio con más riesgo, pero es una cifra importante para tener en cuenta. La tasa de violencia intrafamiliar en mujeres de 18 a 28 años es la más alta para el municipio de Zipaquirá (304,05) comparada con otros tipos de violencia presentados en el lugar, por lo que se hablaría de población de alto riesgo. Finalmente, en Soacha el último reporte para violencia es de 2021 para este año, se encuentra en segundo lugar la violencia intrafamiliar y de género con un 23.92%, es una cifra que ha ido aumentando con respecto a 2018 que estaba en 19.30%, por lo que también es una población de alto riesgo. (ASIS, 2023)

Para concluir, esta revisión nos permite tener una visión amplia sobre los diferentes estudios y cifras que se tienen hasta el momento sobre el fenómeno de investigación, esto con el fin no solo de conocer la historia de la problemática, el impacto que ha tenido y las diferentes definiciones de las variables desde diferentes autores y posturas que permiten conocer también cifras generales que pueden aportar al cumplimiento de objetivos y respuesta a la pregunta actual de la monografía, es necesario mencionar, que los antecedentes revisados son de toda

Latinoamérica, por lo que permite hacer una comparación de las diferentes condiciones y factores, y como estas se relacionan con la depresión y ansiedad perinatal, dando espacio a las nuevas respuestas que puede brindar la investigación actual, reconociendo que la gestación no es solo un proceso biológico, sino también un proceso psicológico que requiere una atención integral.

Marco epistemológico- paradigmático

La presente monografía se presenta dentro del paradigma post-positivista, teniendo como base que busca comprender de manera sistemática, objetiva y contextualizada aquellos factores psicosociales que se relacionan con la ansiedad y la depresión en mujeres gestantes del departamento de Cundinamarca, a partir del análisis de los resultados de los diferentes instrumentos de medición, este enfoque permite reconocer la complejidad de los fenómenos

humanos teniendo en cuenta la imposibilidad de aprehender la realidad de manera absoluta, pero el uso de herramientas teóricas permiten acercarse a ella (Flores, 2004; Hernández et al., 2010). Se hace la elección de este paradigma ya que permite abordar un problema de salud pública desde una visión integral que, aunque está fundamentada, se ve sensibilizada por el contexto social, como lo son los factores psicosociales en el Departamento de Cundinamarca (acceso limitado a servicios de salud, roles de género, entre otros), el abordaje se observa desde el intento de comprender la multicausalidad considerando en todo momento las diferentes limitaciones de la generalización y la interpretación.

Flores (2004) habla de cómo desde la ontología en este paradigma permite concebir la realidad como algo que existe independientemente del sujeto pero que no es posible acceder a ella en su totalidad, en el contexto de la investigación los trastornos mentales perinatales como la depresión y la ansiedad, así como los factores psicosociales que pueden tener influencia en los mismos, son fenómenos que se consideran reales ya que pueden ser observados, medidos y analizados de forma parcial por medio de diferentes metodologías con estructura y fundamentación científica, no obstante, la interpretación de estos fenómenos si se verá mediada por el contexto, la cultura y las características individuales que tengan las diferentes participantes.

Hernández et al., (2010) hablan del dualismo modificado, en donde si bien se busca mantener distancia objetiva entre el investigador y el objeto de estudio, se reconoce la interacción inevitable que va a existir entre ambos, por lo que el rol de los investigadores del presente proyecto y monografía no es 100% neutro, pues hay creencias, formación y valores que pueden tener una influencia en la interpretación de los resultados y en la selección de los enfoques teóricos y metodológicos, por lo que hay una postura crítica y reflexiva en donde el

conocimiento que se genera es parcialmente verdadero desde el sustento de evidencia empírica y validado en los diferentes marcos teóricos.

Desde la metodología se combinan técnicas cuantitativas por medio del uso de escalas validadas como la Escala de Ansiedad Perinatal (PASS) y la Escala de Depresión Postparto de Edinburgh con el enfoque interpretativo que permite comprender la relación de los resultados obtenidos con los factores psicosociales, esta metodología se puede considerar cuasiexperimental al buscar el establecimiento de asociaciones significativas entre variables sin manipulación directa, pero llevando control de las condiciones de recolección y análisis.

Finalmente, es pertinente reconocer que los instrumentos de evaluación contienen una medición estructurada en la que existe un margen de error por factores instrumentales como por factores humanos, por lo que el contraste con modelos teóricos previos es necesario (Guba y Lincoln, 2002).

Marco teórico

El embarazo, aunque es un proceso fisiológico natural, implica una serie de cambios físicos, hormonales y emocionales que pueden afectar significativamente la salud mental de las mujeres gestantes. La depresión y la ansiedad son dos de los trastornos más comunes durante el embarazo y pueden estar influidos por una variedad de factores de riesgo, tanto biológicos como

psicosociales. Este apartado pretende identificar los factores que protegen y a su vez posibilitan la presencia de estos trastornos en las mujeres durante el periodo de gestación. Desde una perspectiva sociocultural, la salud mental se entiende como el resultado de la interacción entre el individuo y las influencias sociales/culturales, lo que permite suponer que los trastornos mentales pueden ser el reflejo de tensiones derivadas de expectativas sociales o incluso roles de género, esta visión epistemológica valora el conocimiento adquirido por medio de un análisis al contexto social y cultural, reconociendo el valor de la diversidad cultural y permitir la comprensión de las experiencias individuales que pueden tener dentro de su contexto (Rice, 2007).

Durante el proceso de gestación, las fluctuaciones hormonales, el estrés, las preocupaciones por la maternidad y las transformaciones en la vida cotidiana pueden desencadenar trastornos psicológicos y emocionales. Entre los más comunes se encuentran la ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés postraumático (González, 2020, Stein et al., 2024; Tukey et al., 2024). Estos trastornos no solo afectan el bienestar de la madre, sino que también pueden tener repercusiones en el desarrollo del bebé (Field et al., 2024; Sharp et al., 2024), lo que resalta la importancia de un seguimiento médico adecuado durante el embarazo. La depresión perinatal, en particular, es una de las afecciones más prevalentes y puede tener un impacto negativo tanto en la madre como en el bebé; afectando el desarrollo y aumentando el riesgo de problemas emocionales de este último (González, 2020).

Por otro lado, la salud mental materna la comprendemos como un estado dinámico de bienestar emocional, psicológico y social que experimenta una mujer durante el proceso de gestación, el parto y el posparto que se relaciona con factores biológicos, psicosociales y estructurales (Barkin & Wisner, 2013; OMS, 2022), en donde se identifica que la maternidad se desarrolla en un contexto donde el género, la clase social, la cultura y las relaciones de poder

influyen, lo que permite la comprensión del malestar materno desde la relación a las condiciones de desigualdad de género, la sobrecarga emocional, la falta de una buena red de apoyo y las expectativas en relación a ser una “buena madre” (Chodorow, 1978; Rose, 1998).

La depresión perinatal es un trastorno emocional que afecta a muchas mujeres durante el embarazo, impactando tanto su salud como el bienestar del bebé. Según Ortega, Lartigue y Figueroa (2001), este trastorno puede estar vinculado a factores hormonales, sociales y psicológicos que influyen durante el embarazo. La prevalencia de la depresión perinatal varía según la población y el contexto cultural, pero estudios como el de estos autores en una muestra de mujeres embarazadas en México indican que alrededor del 21.7% de ellas podrían estar experimentando síntomas depresivos. La detección temprana de este trastorno es crucial para evitar consecuencias negativas, como el desarrollo de depresión postparto y complicaciones en la maternidad.

En este contexto, la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo [EPDS] (1987) se ha convertido en una herramienta valiosa para detectar la depresión durante el embarazo. Ortega, Lartigue y Figueroa (2001) llevaron a cabo un estudio sobre la validez y confiabilidad de esta escala adaptada al contexto hispanohablante, demostrando que la EPDS tiene una alta confiabilidad ($\alpha=0.818$) y es efectiva para identificar síntomas de depresión en mujeres embarazadas. El análisis de los resultados de esta escala reveló dos factores principales: uno relacionado con los sentimientos depresivos y otro vinculado a la ansiedad o preocupaciones sobre la maternidad. Este instrumento ha sido recomendado como parte esencial del seguimiento prenatal para permitir intervenciones oportunas, lo que resalta la importancia de incluir herramientas de evaluación psicológica en la atención obstétrica habitual.

Los trastornos de ansiedad durante la etapa perinatal son condiciones psicológicas que afectan a un número considerable de mujeres durante el embarazo y el posparto. La ansiedad perinatal puede manifestarse de diversas maneras, incluyendo trastornos de ansiedad generalizada, ataques de pánico, trastornos obsesivo-compulsivos [TOC] y estrés postraumático. Según Maldonado Durán y Lartigue (2008), estos trastornos surgen de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Las transformaciones físicas y emocionales que las mujeres atraviesan durante el embarazo, junto con la presión de las expectativas sociales sobre la maternidad, pueden llevar a una preocupación excesiva por el bienestar del bebé y por sus propias capacidades como madres, lo que desencadena respuestas de ansiedad. Además, los cambios hormonales y la alteración de los patrones de sueño que se producen durante el embarazo pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres a desarrollar trastornos de ansiedad. Si no se identifica y trata a tiempo, la ansiedad perinatal puede dar lugar a complicaciones durante el embarazo, como un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y una mayor duración del trabajo de parto.

Los efectos de la ansiedad perinatal no solo afectan a la madre, sino que también impactan directamente en el desarrollo y bienestar del bebé. Investigaciones como las de Maldonado Durán y Lartigue (2008) muestran que los niños nacidos de madres con altos niveles de ansiedad durante el embarazo tienen un mayor riesgo de enfrentar problemas emocionales y conductuales a medida que crecen, incluyendo dificultades en la regulación emocional, mayor irritabilidad y trastornos de conducta. La ansiedad materna puede dificultar el establecimiento de un vínculo seguro entre madre e hijo, lo que puede alterar los patrones de cuidado y afecto, elementos esenciales para el desarrollo psicológico del niño. Detectar los trastornos de ansiedad en la etapa perinatal permite implementar tratamientos efectivos, como la psicoterapia. Así, se

puede mitigar el impacto negativo de la ansiedad en la madre y el bebé, favoreciendo un embarazo y un posparto más saludables y un mejor desarrollo infantil.

Factores biológicos durante el embarazo

Dentro de los cambios hormonales durante el embarazo, se da especialmente en los niveles de progesterona y estrógenos, han sido identificados como uno de los principales desencadenantes de trastornos afectivos en las mujeres gestantes. Durante el embarazo, se experimentan fluctuaciones hormonales que pueden alterar los neurotransmisores relacionados con el estado de ánimo, como la serotonina, lo que aumenta el riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad y depresión (Yonkers et al., 2014). Asimismo, la existencia de enfermedades crónicas o complicaciones médicas asociadas al embarazo, como la preeclampsia, diabetes gestacional o problemas tiroideos, pueden incrementar la vulnerabilidad a padecer trastornos emocionales (Martini et al., 2019).

En el artículo factores para un embarazo de riesgo de Sánchez Gaitán, E. (2019) se define el embarazo de alto riesgo como una condición médica obstétrica inesperada asociada con un embarazo con un peligro real para la salud. Adicional realiza una caracterización en la cual permite identificar los factores de riesgos obstétrico:

- **Factores de riesgo sociodemográfico:** Edad inferior de 18 años o mayor 35 años, nivel socioeconómico baja, riesgo laboral, entre otras.
- **Antecedentes reproductivos:** Abortos de repetición. Antecedentes de prematuridad, malformación uterina, entre otras.
- **Antecedentes médicos:** Hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, enfermedad renal, tromboembolismo, etc.

- **Factores de riesgo del embarazo actual:** anemia grave, diabetes gestacional, embarazo múltiple, tumoración uterina, etc.

Como medidas preventivas se proponen 3 niveles: Está la prevención primaria, donde engloba promoción y protección a la salud, donde se espera la atención pre concepcional, la atención prenatal periódica, dieta saludable, peso controlado, no consumo de sustancias tóxicas.

En la prevención secundaria, con un diagnóstico y tratamiento precoz y por último prevención terciaria, representada por rehabilitación y reforzamiento en las habilidades sociales, y en la conservación de un estilo saludable (Sánchez Gaitán E., 2019).

Factores Psicosociales en el Embarazo

En relación con la importancia que le da Engel (1977) a como dentro de la salud y enfermedad tienen influencia por los factores psicosociales, que se definen como aquellos elementos que pueden tener influencia positiva o negativa en el bienestar emocional y psicológico de las personas, estos factores pueden incluir, apoyo social, estrato social, calidad de relaciones interpersonales y algunas normas culturales. Diversos factores psicosociales han sido relacionados con la aparición de ansiedad y depresión en mujeres gestantes. Uno de los más significativos es el **“estrés psicosocial”**. Las mujeres que enfrentan altos niveles de estrés, ya sea por problemas financieros, laborales, familiares o por eventos vitales estresantes (pérdida de empleo, muerte de un ser querido), son más propensas a sufrir trastornos del estado de ánimo (Lancaster et al., 2010). Otros de los factores críticos es el **“apoyo social”**. La falta de una red de apoyo emocional ya sea de la pareja, familiares o amigos, ha sido identificada como un fuerte predictor de depresión y ansiedad durante el embarazo. Las mujeres que se sienten aisladas o que

perciben poco apoyo durante este período tienden a presentar mayores síntomas depresivos y ansiosos (Falah-Hassani et al., 2017).

El **nivel socioeconómico** es fundamental en la salud mental de las mujeres gestantes. Las mujeres que viven en condiciones de pobreza o que enfrentan dificultades económicas tienen más probabilidades de experimentar ansiedad y depresión durante el embarazo (Patel & Kleinman, 2013). Las preocupaciones sobre la capacidad para proporcionar cuidados y sostén económico al bebé pueden aumentar la percepción de vulnerabilidad y el estrés crónico, lo que a su vez potencia los síntomas depresivos y ansiosos. En cuanto a la calidad de la relación de pareja y la presencia de violencia de género o conflictos conyugales son factores de riesgo significativos. Las mujeres que experimentan relaciones abusivas o conflictivas durante el embarazo tienen tasas más altas de depresión y ansiedad (Howard et al., 2013). La inseguridad en la relación, la falta de apoyo por parte de la pareja o la presión sobre el rol de madre pueden generar sentimientos de desesperanza y miedo que agravan la salud mental.

La influencia de las expectativas y normas culturales sobre el rol de la mujer y la maternidad también puede contribuir al malestar emocional durante el embarazo. En muchas culturas, las mujeres se esperan que el embarazo sea un período de felicidad y realización, lo que puede generar culpa o fracaso en las que, por diferentes razones, no lo perciben así (Miller et al., 2016). Este conflicto entre las expectativas culturales y la experiencia real puede aumentar el riesgo de depresión y ansiedad. Esta parte cultural y todos los factores mencionados anteriormente tienen implicaciones importantes en la salud del feto, siendo importante destacar que la depresión y la ansiedad no solo afectan a la madre, sino también al desarrollo del feto. Los estudios han demostrado que los niveles elevados de ansiedad materna pueden estar relacionados

con complicaciones obstétricas y afectar negativamente el desarrollo neurológico del bebé (O'Donnell et al., 2014).

Factores psicológicos en el embarazo

La historia previa de trastornos psiquiátricos, como episodios anteriores de depresión o ansiedad, constituye un factor de riesgo importante. Según estudios, las mujeres con antecedentes de trastornos del estado de ánimo tienen una mayor probabilidad de presentar recaídas durante el embarazo (Pearson et al., 2018).

Dentro de los múltiples factores biológicos y sociales que pueden ser determinantes en el desarrollo de enfermedades mentales para la madre, se logra caracterizar a su vez un fenómeno que muestra su efecto desde los diversos escenarios sociales que permiten la aparición de ansiedad, depresión u otra; y las consecuencias en el feto a largo plazo. El concepto de “programación” del feto in útero, el cual, propone que lo que ocurre durante las fases del desarrollo podría tener un impacto a largo plazo en el feto. Teniendo en cuenta lo anterior es necesario conocer que factores permiten disipar estos riesgos para las gestantes, y su vez definir qué se entiende por salud mental perinatal, la cual se entenderá como el bienestar y armonía, equilibrio psíquico y somático, el cual permite llevar a cabo un buen desarrollo personal, mental y social de cada época de la gestación (Conecta perinatal, 2023).

Se ha estudiado impacto de estos trastornos en las gestantes y el desarrollo de los bebés han sido estudiados y se ha observado que la depresión perinatal provoca que la madre pueda perder los sentimientos maternos y de ternura normales con sus bebés, algunas de estas gestantes presentan también pensamientos o acciones hostiles, en casos graves de depresión perinatal las gestantes comienzan a tener sentimientos de que no vale la pena vivir, experimentando ideas de muerte tanto en ellas como en sus bebés, por lo que incluso podría

crecer el riesgo de abuso de sustancias psicoactivas y de tener un pobre cuidado prenatal, lo que en el bebé ocasiona prematuros, menos peso al nacer y menor grado de actividad fetal, y se ha encontrado mayor frecuencia de apego inseguro en los bebés al crecer (Brockington et al., 2001; Klier, 2006).

Finalmente, cuando se habla del trastorno de ansiedad se habla de un padecimiento grave capaz de producir mucho sufrimiento a la paciente, sin embargo, hay pocos estudios sobre su relación con el período perinatal (Sutter et al., 2004). En los estudios que se encuentran sobre el impacto se ha concluido que se pueden encontrar paciente que nunca han tenido este trastorno y su embarazo se ve más afectado, dado que las preocupaciones se van a extender a lo relacionado con temores sobre el propio proceso de gestación, el bienestar del bebé, sentirse cómoda siendo mamá, entre otros, por otro lado, las mujeres que ya la han sufrido manifestaban saber cómo manejarla por lo que no se notaba una afectación relacionada directamente con el embarazo. Wenzel et al., (2003) consideran que este trastorno puede ocurrir en las mujeres de alrededor de 35 años en el primer trimestre, pero que su riesgo alto realmente es después del parto, lo que implica un apego ansioso con sus bebés impidiendo incluso que su familia o pareja se relacionen con su bebé o que su temor por el papel de madre tenga como consecuencia la evasión de este, entonces la depresión y la ansiedad en mujeres gestantes son el resultado de una compleja interacción de factores biológicos, psicosociales, socioeconómicos, relacionales y culturales; identificar estos factores de riesgo es fundamental para implementar estrategias preventivas y de intervención que mejoren la salud mental de las mujeres durante el embarazo y el bienestar del feto.

Marco ético y legal

Con relación en la presente investigación y teniendo en cuenta el uso de información confidencial, se realiza la firma de consentimientos informados para la aplicación de las diferentes escalas de medición y cuestionarios que permitieran reflejar el fenómeno, además de garantizar la propia participación en la investigación, por lo anterior la ley 1090 (Congreso de la República, 2006) se encarga de reglamentar el ejercicio de la profesión de Psicología, en donde se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, resaltando el artículo 28 que se menciona el tratamiento de datos personales, especifica que el profesional en psicología no debe utilizar la información que se adquiere en beneficio propio o de terceros, ni que perjudique a el paciente o usuario. En continuación del tratamiento de datos personales, el artículo 30 se habla desde como los registros de datos psicológicos se deben conservar de tal forma que se impida el acceso a personas no autorizadas, garantizando seguridad.

Por otro lado, para el consentimiento informado se presenta el artículo 29 en donde la exposición de casos clínicos que tengan fines didácticos o de divulgación científica se debe realizar de una manera que impide la identificación del sujeto del caso, a menos que se tenga consentimiento previo y explícito que permita la divulgación de la identificación. D, el artículo 31 indica que se requiere del consentimiento previo del paciente o usuario para la presencia de terceras personas que se consideran innecesarias en el escenario como estudiantes en proceso de prácticas académicas o profesionales en formación. Finalmente, es importante mencionar el artículo 52 que se centra en los casos de menores de edad o personas incapacitadas, en donde el representante legal es quien debe firmar para que el consentimiento sea válido.

La resolución 8430 de 1993 rige los procesos de investigación en Colombia cuyo objetivo es garantizar la integridad, la calidad y pertinencia de la producción científica, así como la protección de los derechos y la dignidad de los participantes, dicha resolución es del

Ministerio de Salud, políticas nacionales y documentos orientadores de entidades como el Ministerio de ciencias.

Para la presente investigación los principios éticos claves son el respeto por las personas por el cual se reconoce la autonomía de los individuos, exigiendo el consentimiento informado previo a la participación en la investigación en el mismo se deben informar los riesgos, beneficios y la voluntariedad de su participación; la beneficencia y no maleficencia, la cual obliga a maximizar los beneficios potenciales y a minimizar los riesgos o daños de las participantes, logrando implementar las medidas de protección necesarias, especialmente a los grupos vulnerables; honestidad e integridad científica en donde los investigadores deben actuar con transparencia, veracidad y rigor en todas las etapas del proceso evitando fraudes, plagio o manipulación de datos por lo que, los resultados también deben ser claros y accesibles, divulgando métodos, fuentes de financiamiento y posibles conflictos de interés; finalmente, la confidencialidad es fundamental para proteger la privacidad y los datos personales de los participantes, utilizándolos solo con fines científicos legítimos y garantizando su resguardo.

Metodología

Tipo de Método

Teniendo en cuenta el objetivo general, se lleva a cabo una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, en donde no se busca explicar de forma completa las causas de las problemáticas, sino que se espera dar a conocer su existencia y describir de forma concreta que magnitud puede tener, en relación al cumplimiento de este tipo de investigación como lo es la recolección de datos numéricos y el análisis estadístico (Hernández, et al, 2014), se espera caracterizar posibles factores relacionados con depresión y ansiedad en mujeres gestantes de la Sabana de Occidente del Departamento de Cundinamarca, que asisten a la ruta de atención perinatal en instituciones de salud pública.

Población

Mujeres gestantes del Departamento de Cundinamarca, vinculadas a la Ruta de atención perinatal en instituciones de salud, que se encuentran entre los 15 y los 36 años, con factores socioeconómicos, familiares y sociales (p.ej lugar de residencia, estrato social, redes de apoyo, entre otros.), quienes, además, se encuentran, bien sea, desde la tercera semana gestacional hasta máximo 1 año posterior al parto.

Muestra

Participan 100 mujeres gestantes del Departamento de Cundinamarca pertenecientes los municipios de Chía, Facatativá, Ubaté y Bogotá, vinculadas a la ruta de atención perinatal en instituciones de salud

Factores de inclusión

Dentro de los factores que se tuvieron en cuenta para que las mujeres pudieran ser parte del estudio es que fueran participantes de la ruta de atención perinatal en instituciones de salud, que fueran mujeres gestantes o con máximo 1 año de postparto, la identificación de las mujeres en esta ruta se realizó por medio del proceso que ellas llevan en términos de citas, papeles y diferentes seguimientos de las instituciones de salud.

Factores de exclusión

Mujeres no participantes de la ruta y que no cumplan con los criterios de inclusión

Instrumentos

Para la recolección de los datos necesarios para el desarrollo de la investigación se emplearon tres instrumentos, para asegurar que los instrumentos pudieran ser utilizados en el contexto colombiano fueron revisados por el profesional Andrés Ramírez con el siguiente perfil profesional “Psicólogo, Magíster en psicología con experiencia en el campo clínico psicoterapéutico desde el modelo integrativo-relacional. Desarrollador de programas de prevención e intervención de la conducta suicida y el consumo problemático de sustancias psicoactivas, talleres de intervención terapéutica de manejo grupal. Diseño y formulación de políticas públicas, intervención psicosocial en salud orientada a contextos comunitarios y docencia universitaria.” y por el profesional Andrés Parra con el siguiente profesional “Magister en psicoterapia, especialista en psicología clínica, con experiencia en la coordinación de centro de psicología clínica (CAP), docencia universitaria, docencia-servicio y orientando diplomados en el área clínica. En atención psicológica a personas en situaciones de crisis y riesgo suicida, en intervenciones colectivas a población vulnerable; además como psicoterapeuta con experticia en evaluación, diagnóstico e intervención en problemáticas afectivas, emocionales, de pareja y

sexuales, así como, en tratamientos psicológicos para personas diagnosticadas con enfermedad física (aplicando psicoterapias basadas en evidencia); experticia en atención en los servicios de consulta externa, urgencias, salud pública, proyectos sociales y centros de familia. Persistente, orientado a resultados, capacidad de dirección y planeación; experticia en psicología positiva”, profesionales que se escogieron por su formación en psicología clínica y su alta experiencias en consultas en el misma área, los instrumentos utilizados se describen a continuación.

Cuestionario factores psicosociales (CFPS)

Este cuestionario es creado directamente por los asesores de la presente monografía, en donde recolectan datos como nombre, edad, lugar de residencia, tipo de vivienda, estrato social, país de origen, afiliación a la salud, ocupación, nivel escolar, ingresos mensuales, red de apoyo, relaciones sentimentales, número de embarazos y de abortos, semanas de gestación, ansiedad o depresión (diagnosticada o no), psicoterapia, farmacología presente, consumo de sustancias, entre otros.

Escala de detección de Ansiedad Perinatal (PASS)

Este instrumento fue revisado por los profesionales para comprobar que su uso fuera adecuado para el contexto colombiano, es de uso libre y su acceso fue por internet. Está diseñado para detectar síntomas de ansiedad perinatal clínicamente significativos, algunos de los que evalúa son las preocupaciones excesivas sobre el bebé, salud, control emocional, síntomas físicos, entre otros. Este instrumento contiene 31 elementos y su calificación es en escala likert de 4 puntos (0: nunca; 1: rara vez; 2: a veces; 3: a menudo), en cuanto a su rango de puntuación es de 0 a 93, a más puntaje mayor nivel de ansiedad. La aplicación de este instrumento es una ventaja ya que su evaluación es específicamente en ansiedad perinatal a diferencia de otras escalas generales de ansiedad, su validez y confiabilidad es adecuada en diferentes poblaciones.

Este instrumento evalúa 4 dimensiones principales: Ansiedad general y síntomas específicos (miedos intensos e inquietud), ansiedad social y perfeccionismo (temores relaciones con la interacción social y expectativas propias), preocupación sobre el bebé (inseguridad sobre la salud del bebé o el cuidado) y trauma y síntomas de estrés postraumático (reacciones asociadas a experiencias previas traumáticas como complicaciones en embarazos anteriores). Su población objetivo son las mujeres en el período perinatal ya sea en embarazo o hasta un año de posparto, además puede ser aplicado en contextos clínicos y comunitarios. Se debe tener en cuenta el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos y contar con información de servicios de salud mental, en caso de identificar síntomas severos poder brindar ayuda con la aplicación.

Escala de Depresión de Postparto de Edimburgo (PPD) o (EPDS por las siglas en inglés)

Este instrumento fue revisado por los profesionales para comprobar que su uso fuera adecuado para el contexto colombiano, es de uso libre y su acceso fue por internet. Este instrumento es utilizado para la detección de síntomas de depresión en mujeres durante el período de posparto, también es utilizado para identificar casos potenciales de depresión para derivar, además facilita la intervención temprana y la prevención de complicaciones en la salud materna y el desarrollo del bebé. En cuanto a su estructura consta de 10 ítems, y cada uno de ellos evalúa el estado emocional de la madre en los últimos 7 días, tiene una escala Likert de 4 puntos que variaban en función de la intensidad o frecuencia del síntoma, su puntuación total es de 30 y a mayor puntuación es mayor probabilidad de depresión. Su población objetivo son las mujeres en el período posparto (hasta 1 año) y puede aplicarse durante el embarazo, teniendo en cuenta que la validación es centrada en el posparto.

Su desarrollo no estaba pensado para medir dimensiones específicas, no obstante, los ítems que lo conforman normalmente abordan síntomas que son algo comunes como la tristeza persistente, la pérdida de interés o placer, la ansiedad y preocupaciones, los sentimientos de culpa y las ideas de autolesión. En cuanto sus puntos de corte, por lo general, una puntuación de 10 o más indica que existe una posible depresión y es recomendable que se envíe a una evaluación más detallada, en algunas situaciones el corte es más alto (13-15) en búsqueda de mejorar la especificidad, cuando se obtiene un puntaje algo en el ítem de ideas autolesivas se debe brindar atención inmediata. Finalmente, este instrumento al ser breve es viable para aplicar en clínicas de atención primaria, además está validado en múltiples idiomas y contextos culturales, sin embargo, se debe tener en cuenta que no reemplaza una evaluación clínica exhaustiva y que puede verse influida por factores culturales, por lo que requiere de adaptaciones adecuadas.

Procedimientos

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos de la investigación y respuesta a la pregunta, se realiza un análisis de los datos obtenidos con los tres cuestionarios aplicados; el cuestionario de factores psicosociales (CFPS), la escala de Edimburgo (EPDS) y la escala de detección de ansiedad perinatal (PASS). Las respuestas fueron sistematizadas en microsoft excel, donde se llevó a cabo la codificación y tabulación de las variables, permitiendo establecer frecuencias absolutas y relativas, así como rangos porcentuales de distribución con los que establecimos unas tablas e interpretaciones que se realizaron por dimensión, para facilitar la caracterización de cada factor de riesgo en la muestra estudiada identificando un perfil de vulnerabilidad.

Resultados

En esta sección se analizan los datos obtenidos de 100 mujeres gestantes residentes en el Departamento de Cundinamarca vinculadas a la ruta de atención perinatal en instituciones de salud de los municipios de Chía, Facatativá, Ubaté y Bogotá. Los resultados se presentarán con base a los factores recolectados en cada instrumento, abordando inicialmente las características sociodemográficas, el acceso a servicio de salud, y los indicadores obtenidos con relación a los instrumentos empleados.

Tabla 1.

Resultados Escala Factores psicosociales

Factor	Hallazgos claves	Implicación psicosocial
Edad	Promedio 25 años (15-36)	Rango crítico: menores de 21 años (24%) con mayor vulnerabilidad emocional.
Tipo de vivienda	55% arriendo, 20% propia, 19% familiar y 6% fundación.	Se asocia el riesgo a la incertidumbre por cubrir gastos como el pago del arriendo, el tener que cambiar de vivienda sin esperarlo para el caso de la fundación.
Estrato socioeconómico	72% estrato medio (2-3), 14% bajo (0-1), 3% alto	Riesgo asociado a condiciones económicas precarias y vulnerabilidad social.
Red de apoyo	56% combinación (familia/pareja/amigos), 6% sin red	La falta de apoyo emocional directo aumenta el riesgo de síntomas emocionales.
Ocupación	65% laboralmente activas, 40% sin contrato formal	Alta informalidad e inseguridad económica como factor estresor.
Régimen de salud	69% contributivo, 31% subsidiado	Aunque la mayoría tiene cobertura, hay brechas en acceso a salud mental.
Estado civil	67% en unión libre, 15% solteras y 18% casadas	Las solteras presentan mayor riesgo si no cuentan con red de apoyo o pareja activa.
Embarazos previos / Abortos	66% con embarazos previos, 16% con abortos	Antecedentes obstétricos se vinculan con aumento del riesgo emocional.

Nota: *autoría propia*

Se logran identificar 3 grupos etarios dentro del rango de la población. Los cuales se dividen en adolescentes dentro de los 15 años a 21 años representa un 24%, juventud 22 años a 28 años un 48% y adultez joven de 29 años a 36 años solo un 28%.

Tal como se muestra en la tabla 1, el primer grupo etario presenta una mayor exposición a estrés emocional por la inmadurez cognitiva y presión social, además del 40% de las solteras el 15% corresponde a este grupo por lo que se agrava el aislamiento ya que muchas de estas menores de edad tienen embarazos no deseados, teniendo mayor probabilidad de abandonar estudios y sufrir diferentes estigmas, es también importante tener en cuenta que en menores de 21 años vive con la familia o paga arriendo por lo que enfrentan incertidumbre a la hora de la gestación, el estrato socioeconómico bajo se concentra en este grupo etario y se asocia a la deserción escolar, al trabajo informal y la dependencia económica, limitando acceso a servicios privados de salud mental, además muchos de esos trabajos informales implican una doble jornada en ocasiones con el estudio o con el cuidado del bebé, por lo que el riesgo emocional aumenta. El 16% de los abortos se relacionan también a este grupo etario.

En cuanto a los otros dos grupos etarios presentan una mayor estabilidad emocional, pero persisten riesgos por la informalidad laboral (40% sin contrato), en esta población, aunque existe un menor riesgo emocional se asocian antecedentes obstétricos complejos por los embarazos previos (66%), cuentan con mayor capacidad para lograr el pago del arriendo, pero no quedan por fuera de la cifra de la informalidad laboral, limitando el ahorro para una vivienda propia. Sus redes de apoyo combinan familia, pareja y amigos, por lo que existe una mitigación del estrés, sin embargo, la carga laboral que pueden tener limita el aprovechamiento de estas (Tabla 1).

Tabla 2. Medidas centrales

Factor socioeconómico	Media	Mediana	Moda
Edad	25.24	25	23
Estrato	2.075268817	2	2
Embarazos	1.47	1	1
Abortos	0.18	0	0

Nota: autoría propia

El análisis de los factores psicosociales de la población estudiada revela un perfil demográfico joven y con características socioeconómicas homogéneas que pueden influir significativamente en su desarrollo y bienestar. La media de edad es de 25.24 años, mientras que la mediana es 25 y la moda 23, lo que indica que la mayoría de las personas son adultas jóvenes, un periodo crucial para la formación de identidad, la consolidación de relaciones sociales y la toma de decisiones importantes en la vida personal y profesional. Esta juventud predominante sugiere que los procesos psicosociales, como la búsqueda de autonomía, la construcción de redes de apoyo y la definición de proyectos de vida, están en una fase activa y dinámica dentro de este grupo (Tabla 2)

En cuanto al estrato socioeconómico, el promedio es ligeramente superior a 2, con mediana y moda en 2, lo que indica que la mayoría pertenece a estratos bajos tal como se muestra en la tabla 2, esta condición socioeconómica puede implicar limitaciones en el acceso a recursos educativos, culturales y de salud, factores que impactan directamente en la calidad de vida y en las oportunidades de desarrollo personal y social. Además, la homogeneidad en el estrato sugiere que las experiencias psicosociales compartidas, como el manejo del estrés asociado a la vulnerabilidad económica y la búsqueda de apoyo comunitario, pueden ser

comunes en este grupo. Estos datos permiten inferir que la población analizada enfrenta desafíos propios de la juventud en contextos socioeconómicos de riesgo.

Tabla 3. Resultados Escalas DPP y PASS

Escala	Resultados
Depresión Posparto de Edimburgo	El 67% no presenta síntomas de depresión postparto, mientras que el 33% si presento síntomas.
Escala de Detección de Ansiedad Perinatal	El 51% no presento síntomas y el 49% presento síntomas moderados y severos

Nota: autoría propia

Las gestantes entre 15 y 21 años constituyen el grupo con mayor vulnerabilidad emocional. En este rango etario, se observa una alta prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad perinatal, superando en muchos casos el 33% y 49% reportados en la población general del estudio (tabla 3). La inmadurez emocional, sumada a condiciones socioeconómicas precarias como la vivienda en arriendo o en fundaciones, la informalidad laboral y la ausencia o debilidad de redes de apoyo, incrementan el riesgo de presentar trastornos mentales. Muchas adolescentes enfrentan además la interrupción de sus estudios y la falta de acceso a servicios terapéuticos especializados. Por ello, este grupo requiere intervenciones integrales y sensibles a su contexto, que incluyan apoyo psicosocial, educación flexible y acceso a servicios de salud mental amigables y confidenciales.

En el grupo de 22 a 28 años, que constituye el 48% de las gestantes, la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos es moderada pero significativa. Aunque estas mujeres suelen contar con mayor estabilidad emocional y redes de apoyo mixtas (familia, pareja y amigos), persisten factores estresores importantes como la informalidad laboral, la vivienda en arriendo y la carga de responsabilidades familiares y laborales. Estos elementos contribuyen a la aparición

de síntomas leves o moderados de ansiedad y depresión, que si no se abordan pueden evolucionar hacia cuadros más severos. A pesar de tener mayor acceso a servicios de salud, la continuidad en tratamientos psicológicos se ve limitada por el tiempo y la precariedad económica. En este grupo, el fortalecimiento de estrategias para el manejo del estrés, la conciliación trabajo-familia y el acceso a terapias psicológicas son fundamentales para mejorar el bienestar emocional durante el embarazo y prevenir complicaciones perinatales.

Las mujeres entre 29 y 36 años, que representan el 28% de la muestra, generalmente presentan menor incidencia de síntomas severos de ansiedad y depresión, gracias a una mayor madurez emocional y redes de apoyo más consolidadas. Sin embargo, este grupo no está exento de riesgos, especialmente aquellas con antecedentes obstétricos complejos o abortos previos, factores que pueden aumentar la vulnerabilidad emocional. La estabilidad económica y residencial suele ser mayor, con un porcentaje más alto de vivienda propia y empleo formal, lo que contribuye a una mejor salud mental. No obstante, es necesario mantener la vigilancia y ofrecer intervenciones focalizadas en la prevención de recaídas, el apoyo en planificación familiar y la atención postparto para asegurar la salud mental y el bienestar integral de estas mujeres y sus hijos. En todos los grupos, la brecha entre la cobertura del sistema de salud y el acceso efectivo a servicios de salud mental resalta la urgencia de implementar estrategias preventivas y terapéuticas adaptadas a las necesidades específicas de cada etapa etaria.

Por último, los antecedentes emocionales y de salud mental muestran una relación importante en términos de redes de apoyo, por lo que la ausencia de estas implica un aumento del riesgo en el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos que se correlacionan directamente en las escalas de detección, los factores anteriores implican alta influencia en el bienestar psicológico de las gestantes según literatura revisada.

Finalmente se logra una caracterización por medio de la identificación de los diferentes factores de riesgo más frecuentes mencionados anteriormente, además teniendo en cuenta los resultados de las escalas de detección de ansiedad perinatal (PASS) y depresión postparto (PPD), se logró identificar la relación de los factores con la depresión y la ansiedad, además gracias a los resultados se resalta la necesidad de intervenciones específicas para lograr mitigar estos riesgos y lograr una mejora o estabilización en la salud mental de las gestantes.

Discusión

Los datos obtenidos en la investigación permiten reconocer que la salud mental es un fenómeno complejo, donde factores sociodemográficos, laborales, relacionales y de acceso a servicio de salud configuran escenarios que pueden favorecer o afectar el bienestar emocional. Sin embargo, más allá de describir la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, en esta investigación, desde su propósito de caracterización, permite evidenciar que el perfil de estas mujeres está mediado por condiciones específicas del contexto colombiano que se presenta, por lo que deben ser leídas con detenimiento.

En un primer momento, la edad promedio de 25 años en el grupo participante, indica que las mujeres mayormente se encuentran en una etapa de adultez joven, etapa en la que existe mayor riesgo obstétrico según el enfoque biomédico, sin embargo, desde el psicosocial coincide con un momento crítico en la vida de muchas mujeres, dado que significa una serie de retos propios de la construcción de un proyecto de vida, la consolidación de vínculos familiares y de pareja y la toma de decisiones que coinciden con la inserción al mundo laboral. Sin embargo, según el artículo de Sánchez Gaitán (2019), el embarazo en edades cercanas a los extremos de la vida reproductiva, es decir, menores de 18 años o mayores de 35, está asociada con mayor riesgo obstétrico, aunque dentro del ejercicio las participantes con este rasgo / características en la investigación son pocas, estamos de acuerdo con el World Health Organization [WHO] (2018), que verifica que las adolescentes menores de 18 años tienen un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, incluyendo preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer, debido a la inmadurez física y emocional. Por otro lado, las mujeres mayores de 35 años también enfrentan riesgos elevados; mayor probabilidad de complicaciones durante el parto y la necesidad de intervenciones médicas, tal como señala un estudio de Dildy et al. (1996), que establece que el

riesgo de trastornos como la diabetes gestacional y la hipertensión aumenta considerablemente en este grupo etario, las mujeres en esta etapa no solo transitan por las exigencias naturales de la gestación que coexisten con la edad en donde se gesta, sino que además enfrentan la incertidumbre económica y laboral propia de la juventud, lo que puede constituir un factor de vulnerabilidad psicoemocional, especialmente si se consideran las dificultades para establecer redes de apoyo sólidas y sostenidas en el tiempo en estas edades.

En mención a las condiciones de salud del servicio de salud, se identifica que el 69% de las mujeres participantes están afiliadas al régimen contributivo, esto permite inferir la coexistencia de un acceso relativamente estable a los servicios de salud obstétrica que corresponden en Colombia a controles prenatales regulares, ecografías y la asesoría en Salud Materna; lo que permite dar cuenta de un factor protector; ya que al existir una atención prenatal oportuna y de calidad, se garantiza una óptima salud materna y fetal que se traduce en bienestar materno-infantil, específicamente en Colombia, se mantiene un sistema de salud con régimen subsidiado y contributivo, el primero acoge a las personas que no cuentan con trabajo y están en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales [SISBEN] en una categoría de población vulnerable, por el contrario, en régimen contributivo esta la población que trabaja y afilia a sus familiares. En estos dos regímenes se identificó una diferencia con los servicios de salud que influyen en el desarrollo del embarazo, aspectos que determinan una atención médica en calidad y tiempo, disponibilidad de medicamentos, sedes de atención ante una urgencia, entre otros. Por lo que, en muchas ocasiones variables como la edad no tienen ningún tipo de influencia en el desarrollo de depresión y ansiedad en mujeres gestantes, basta la diferencia de régimen para ser un factor de riesgo de gran impacto (Guerra et al. 2015).

En la Gobernación de Cundinamarca (2021) se menciona que las mejoras buscadas dentro del sistema de salud en el departamento de Cundinamarca buscaban mejorar la atención de urgencias en términos de salud mental, incluyendo personal capacitado para urgencias obstétricas, atención inmediata y solución de incapacidades, además de garantizar la alimentación no solo en niños, sino también en las mujeres gestantes, por lo que se busca garantizar al 100% que las gestantes que presenten malnutrición tengan una valoración nutricional que este a cargo del asegurador.

Desde el análisis de los resultados, se hace necesario mencionar que, si bien el 69 % de las gestantes está afiliadas a un régimen contributivo y el 65% de ellas trabaja, el acceso a los sistemas de salud y laboral no permite la certeza de que se esté ofertando unas mejores condiciones de bienestar; ejemplo de ello, es que cerca del 40% de estas gestantes trabaja sin estar bajo la formalidad de un contrato, lo que deja en evidencia la incertidumbre a la que queda sometida esta población. Tales circunstancias se convierten en uno de los elementos centrales que ayudan a comprender que la simple afiliación al sistema no es condición suficiente para alcanzar la calidad y continuidad de la atención, y menos aún si se trata de una atención en salud mental, que tiende a ser relegada frente a la atención obstétrica o biomédica tradicional en las que se encuentran constituidas estas intervenciones.

Así mismo al observar la predominancia de las condiciones socioeconómicas que reflejan el estrato medio y las condiciones de vivienda, mayormente se reporta que el 55% arrienda una vivienda; lo que nos permite identificar, que, aunque en una parte de la población cuenta con un nivel de estabilidad económica, aún existen desafíos con relación al grado de incertidumbre o estrés que puede significar el no tener garantizadas algunas condiciones actuales. Lo anterior puede dar cuenta de las preocupaciones estudiadas por Patel & Kleinman (2013) en donde el no

poder dar cuidado o sostén al bebé, si puede ser significativo para los síntomas depresivos y ansiosos, esto por el aumento de percepción de vulnerabilidad, y riesgo a estrés crónico. Por otro lado, el American College of Obstetricians and Gynecologists (2020) señala que las mujeres con un nivel socioeconómico bajo tienen más probabilidades de enfrentar complicaciones relacionadas con el embarazo, debido a factores como el acceso limitado a atención médica adecuada y a condiciones de vida poco saludables. Finalmente, según un informe de la *Organización Mundial de la Salud* (2020), las mujeres que viven en contextos de pobreza o en situaciones socioeconómicas desfavorecidas tienen un mayor riesgo de experimentar complicaciones durante el embarazo y el parto, lo que puede derivar en resultados perinatales adversos, como bajo peso al nacer, parto prematuro o mortalidad infantil.

Por otra parte, que el 67% de las mujeres se encuentren en unión libre y el 18% de ellas estén casadas. De estas, el 81% describe su relación de pareja como buena y el 4% como complicada. Lo que nos indica que estas mujeres no presentan violencia de pareja siendo sus parejas un factor protector, ya que como lo indica Navarrete et al (2021) la violencia de pareja por si sola aumenta significativamente el riesgo de síntomas depresivos y ansiosos, sin embargo, cuando la mujer tiene un apoyo social, nivel educativo o ingresos estables, el aumento de este riesgo con la presencia de este factor no es significativo.

De otra manera, Smith et al. (2018) encontraron una relación significativa entre la violencia de género y la baja escolaridad, no solo hacia la madre, sino también en los primeros dos años de vida del infante está relacionada, los investigadores consideraron que estas dos variables afectaban a la madre en su estado de salud mental, y al nacimiento del hijo muchas de estas madres no querían verlos, o incluso los infantes comenzaban hacer parte activa de los diferentes tipos de violencia que podría haber enfrentado la madre durante el embarazo.

Finalmente, en relación con las otras cifras encontradas podemos relacionar que en algunas mujeres se encontró que pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, no tener pareja, bajo nivel de escolaridad y ser de raza negra e indígena, si eran factores de riesgo importantes no solo para el desarrollo de depresión, sino que son factores que, si no se les da la importancia necesaria, aumentan el riesgo de depresión postparto (Ortiz, et al, 2016).

Adicionalmente, la composición de las redes de apoyo muestra que, si bien el 56% de las mujeres cuenta con una red que involucra familia, pareja y amigos como lo mencionábamos más atrás, solo existe un 6% sin red de apoyo y un porcentaje significativo que depende exclusivamente de su familia o pareja. Esta situación invita a reflexionar sobre la calidad y disponibilidad efectiva de estas redes y no solo sobre su existencia. La literatura señala que, sin un acompañamiento efectivo, las mujeres tienden a enfrentar con mayor estrés las demandas del embarazo (Falah-Hassani et al., 2017; Navarrete et al., 2021).

La depresión perinatal y la ansiedad son trastornos que afectan a un porcentaje significativo de mujeres durante el embarazo, con importantes repercusiones tanto para la salud materna como para el bienestar fetal. Como se mencionó anteriormente Ortega, Lartigue y Figueroa (2001) llevaron a cabo un estudio donde encontraron que factores hormonales, sociales y psicológicos juegan un papel crucial en la aparición de estos trastornos, y la prevalencia de la depresión perinatal, pero cambia según el contexto cultural, ellos encontraron en donde aproximadamente el 21.7% de las mujeres embarazadas en México experimentan síntomas depresivos. Sin embargo, los resultados de esta investigación muestran que, en relación con la depresión, el 77% de las participantes reportó no haber tenido o no tener síntomas depresivos, lo que podría sugerir una baja prevalencia de este trastorno en la muestra estudiada.

Por otro lado, el 10% de las participantes sí mencionaron haber experimentado depresión, se alinea con los estudios previos que apuntan a la existencia de un grupo vulnerable dentro de la población. Respecto a la ansiedad perinatal, que según Maldonado Durán y Lartigue (2008) se manifiesta a través de diversos trastornos como la ansiedad generalizada y los trastornos obsesivo-compulsivos, los resultados de nuestra muestra indicaron que el 31% de las mujeres presenta síntomas leves o moderados ansiedad. La baja prevalencia reportada en este estudio podría estar relacionada con factores culturales o con la percepción social de las mujeres sobre su salud mental. Sin embargo, es importante destacar que el 67% de las mujeres no se encuentra recibiendo psicoterapia, lo que sugiere una falta de acceso o conciencia sobre la importancia de tratar estos trastornos, a pesar de los riesgos asociados, como el aumento de complicaciones durante el embarazo, tales como el parto prematuro o el bajo peso al nacer.

Partiendo de la caracterización realizada, se puede percibir que la baja expresión de sintomatología clínica significativa puede estar relacionada con varios fenómenos. De una parte, puede que las mujeres subestimen los síntomas, ya que no las consideran estados patológicos, sino parte de la experiencia de ser madre, sobre todo en contextos en los que el sufrimiento emocional es naturalizado; de la otra forma, la falta de acceso a procesos de psicoeducación y orientación psicológica durante la formación prenatal (puesto que solo el 20% de las mujeres recibe psicoterapia) trae como consecuencia la incapacidad que tienen las mujeres de identificar y verbalizar adecuadamente su malestar.

En consecuencia, la atención de una perspectiva psicosocial estructural en la atención obstétrica de las instituciones de la salud restringe la posibilidad de identificar factores como la precarización laboral, la desigualdad económica o la violencia simbólica que experimentan en su cotidianidad y que pueden llegar a definir contextos de riesgo emocional. Aunque se ha

reconocido que hay un avance en los programas de salud pública del departamento, subsiste un abordaje que sigue siendo principalmente biomédico, que deja en un segundo plano la dimensión emocional y social del embarazo (Gobernación de Cundinamarca, 2021).

De esta manera, al observar el fenómeno desde su finalidad de caracterización, el presente estudio presenta evidencia relevante sobre cómo las condiciones sociales, económicas y afectivas de las mujeres gestantes de Cundinamarca configuran contextos de riesgo diferenciados que no se agotan en la presencia o ausencia de sintomatología ansiosa o depresiva. La investigación permite valorar que no se trata solamente de "cuántas" mujeres tienen depresión o ansiedad, sino de "cómo" las condiciones de vida, las redes de apoyo y la calidad de la atención institucional pueden facilitar o limitar una experiencia psicosocial saludable de la gestación.

Conclusiones

La investigación permitió por medio de los resultados obtenidos caracterizar los factores de riesgos asociados a la ansiedad y la depresión en mujeres gestantes del departamento de Cundinamarca, se identifica que factores sociodemográficos, laborales, sociales, el acceso a salud y salud mental impactan el bienestar emocional de las mujeres durante el embarazo y el postparto. A través del análisis de los datos obtenidos, se evidencia que, aunque la mayoría de la población no presenta una sintomatología significativa de depresión y/o ansiedad, existe un porcentaje significativo de mujeres que podrían estar en riesgo de desarrollar estos trastornos, si no se implementan estrategias preventivas y oportunas que ayuden a reducir el riesgo existente.

En particular, la literatura hallada se observa que la depresión y la ansiedad perinatal continúan siendo trastornos prevalentes que afectan solo a un porcentaje significativo de mujeres que se encuentren en estados de vulnerabilidad, lo que trae consecuencias para la salud de la madre como para la del feto, en este ejercicio el 10% de las participantes reportaron haber experimentado depresión, lo que muestra al grupo vulnerable dentro de la población estudiada; resaltando la importancia de fortalecer las estrategias de prevención, detección temprana y acceso a intervenciones oportunas para este grupo poblacional.

Al identificar los niveles de ansiedad y depresión en la muestra, se halla una perspectiva sobre los factores que pueden incidir en la salud mental materna correspondiente al departamento de Cundinamarca, ejemplo de esto es lo que se observa en uno de los hallazgos más relevantes, se contaba con una parte de la población en donde la edad de las mujeres participantes (25 años) se encontraba en un rango considerado como de menor riesgo obstétrico. Sin embargo, se identificó que algunas participantes se encontraban en los extremos de la edad reproductiva (adolescentes menores de 18 años o mujeres mayores de 35), lo que según en la literatura

revisada, presenta un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo médicas (p.e., preeclampsia, parto prematuro y diabetes gestacional) y emocionales. Otro aspecto predominante hallado es el estrato socioeconómico medio y la alta proporción de mujeres que viven en arriendo, ya que, aunque las condiciones laborales sugieren un nivel de estabilidad económica esta es relativa, pues la incertidumbre incrementa el riesgo de complicaciones que requieren de una atención integral en las gestantes como el estrés y la vulnerabilidad emocional.

Con relación a las condiciones socioeconómicas, el estudio refuerza lo encontrado en las diferentes investigaciones que indican que las mujeres en contextos socioeconómicos bajos tienen un mayor riesgo de enfrentar complicaciones durante el embarazo y el parto, debido a factores como el acceso limitado a servicios de salud de calidad y un mayor nivel de estrés asociado a la incertidumbre económica. Como lo señalan Patel & Kleinman (2013), la preocupación por la estabilidad económica y la incapacidad de ofrecer cuidado adecuado al bebé puede aumentar la vulnerabilidad emocional de la madre, exacerbando síntomas de depresión y ansiedad que se pueden incrementar cuando el acceso a intervención o acompañamiento psicológico muestra dificultades.

En cuanto al acceso a servicios de salud, los resultados indican que la mayoría de las participantes tienen acceso a un régimen contributivo de salud, que les permite recibir atención prenatal regular y de calidad, lo que se convierte en ese factor protector clave para garantizar un embarazo saludable, pues el acceso oportuno a servicios médicos adecuados puede prevenir complicaciones y mejorar los resultados perinatales. Sin embargo, a pesar de este acceso, se encontró que porcentaje importante de mujeres no recibe psicoterapia, a pesar de presentar síntomas de ansiedad o depresión. Lo que evidencia una necesidad de fortalecer el acceso a los

servicios de salud mental durante el embarazo, sensibilizando sobre la importancia en el cuidado prenatal.

Desde la perspectiva de la salud mental, los resultados en la escala PASS evidenciaron que el 49% de las mujeres presenta algún nivel de riesgo de ansiedad perinatal, mientras que la escala EPDS indicó que el 33% de la muestra podría presentar síntomas de depresión posparto. Estos hallazgos refuerzan la importancia de implementar estrategias de detección temprana e integral para prevenir complicaciones futuras en la salud de la madre y el bebé que derivan de estos factores de los cuales hemos venido hablando.

El análisis a las redes de apoyo muestra que el 56% de las mujeres percibe una red sólida conformada por familia, pareja y amigos, podría indicar un factor protector ante los fenómenos estudiados y su relación al no evidenciarse de forma significativa en los hallazgos dentro de las escalas. A partir de estos hallazgos en relación a los factores que hemos venido mencionando, se concluye que es fundamental fortalecer las estrategias de prevención y detección de la ansiedad y la depresión en mujeres gestantes, promoviendo el acceso a servicios de salud mental, la sensibilización sobre los factores de riesgo y la creación de redes de apoyo efectivas, pues se muestra que quienes han tenido una relación positiva con estos, mitigan la posibilidad de desarrollar características significativas de estos trastornos.

En lo que respecta a las mujeres del departamento de Cundinamarca, sería arriesgado establecer que lo encontrado en nuestra población es generalizable a todas las mujeres gestantes del mismo, pero si es posible reconocer que contar con factores que potencialicen la estabilidad económica, laboral, social y relacional podría implicar mejores condiciones de protección ante la presencia de síntomas de ansiedad y depresión durante la gestación y el posparto. Estos factores,

aunque no eliminan completamente el riesgo, modulan (aparentemente) las demandas propias del periodo perinatal y posnatal.

Desde el carácter metodológico, desde las pruebas psicométricas aplicadas hasta el tipo de diseño descriptivo seleccionado, se pudo obtener la caracterización esperada, el perfil de riesgo a de las participantes y variables importantes en ellas, lo cual permite reconocer la necesidad de estudios cercanos, reales y representativos para todas aquellas mujeres del departamento. A su vez que se puede reconocer como una base fundamental sólida para el desarrollo inicial de rutas de prevención e incluso atención, de manera que se ajusten al contexto de Cundinamarca. Sin embargo, también se identifican limitaciones importantes como la necesidad de realizar estudios posteriores de tipo correlacional o longitudinal que permitan establecer relaciones causales y evaluar la eficacia de programas de atención integral.

Teóricamente, la investigación refuerza la importancia de un abordaje en salud mental materna desde una perspectiva biopsicosocial, considerando no solo características propias de la mujer, sino, de dinámicas relaciones y condiciones estructurales en las cuales se da este periodo de gestación. Se muestra que aun cuando algunas mujeres cuentan con acceso a servicios prenatales adecuados, existen condiciones externas que pueden crear dificultades significativas en la participación de estas actividades de servicio de salud mental.

Finalmente, desde una posición ética y profesional, se destaca la necesidad de las instituciones de salud, en conjunto con políticas públicas de bienestar materno infantil fortalezcan estrategias de intervención temprana, intervención psicosocial y acompañamiento integral a las mujeres gestantes, especialmente aquellas que presentan factores de riesgo

identificados. El bienestar emocional de las gestantes no solo condiciona salud física y mental, sino que impacta directamente el desarrollo del bebé, dinámica familiar y a su vez en la sociedad.

Limitaciones

Dentro del estudio algunas de las limitaciones que se presentaron en el desarrollo principalmente se dieron en el tamaño de la muestra empleada, puesto que, aunque fueron 100 mujeres gestantes del departamento de Cundinamarca, los hallazgos no pueden ser generalizados lo que impide la implementación de mejoras a largo plazo en los establecimientos de salud o poder tomar decisiones con base en los resultados obtenidos que permitan mejorar esas condiciones.

Además, la selección de las participantes que únicamente hicieran parte de instituciones de salud puede excluir a mujeres que no puedan acceder regularmente a estos servicios y/o beneficios generando una limitación en cuanto a la diversidad de la misma población.

Para un estudio posterior o similar, se recomienda la implementación de entrevistas a fin de complementar la información obtenida por medio de las escalas, ya que permitiría una comprensión más amplia de los factores estudiados al obtener la experiencia de las participantes, dado que la ausencia de este tipo de información imposibilita la oportunidad de analizar la evolución o la trascendencia de algunos factores propios del contexto o la población, pues al existir variables no controladas como en este caso la relación con la red de apoyo, el acceso a servicios de salud mental y las condiciones socioeconómicas cambiantes, los resultados y su interpretación no puede contemplar las diferencias contextuales. Así mismo la información suministrada por los instrumentos empleados, no facilitó establecer un análisis más robusto de como antecedentes relacionados a estos u otros trastornos o la vivencia de experiencias traumáticas, podrían ser importantes en la presencia de factores de riesgo actuales.

Por todo lo mencionado anteriormente y los resultados obtenidos se sugiere que se diseñen estudios longitudinales en este tipo de propuestas a fin de diseñar investigaciones que analicen la evolución de la salud mental de las mujeres a lo largo del embarazo y el postparto, a fin de comprender mejor los factores de riesgo y la efectividad de intervenirlos una vez realizada su detección, al igual que se sugiere desarrollar estrategias de tamizaje sistemático durante el embarazo, con el fin de identificar de forma oportuna cada caso que requiera de una intervención.

Referencias

- Álvarez, G. (2022). *Actualización análisis de situación de Salud del municipio de Soacha*. Alcaldía de Soacha.
<https://www.alcaldiasoacha.gov.co/SecretariayDependencias/Paginas/Diagnostico-de-salud-ASIS.aspx>
- Arguello, A., & Roxanna, G. (2022). *Factores de riesgos asociados a la depresión prenatal en adolescentes que acuden al servicio de consulta externa del centro de salud tipo C, Bastión Popular*. Universidad Estatal Península de Santa Elena. <https://repositorio.upse.edu.ec/h>
- Barrera, A., & Nichols, A. (2015). Depression help-seeking attitudes and behaviors among an Internet-based sample of Spanish-speaking perinatal women. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(3), 223-230. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9237?locale-attribute=es>
- Barkin, J. L., & Wisner, K. L. (2013). The role of maternal self-care in new motherhood. *Midwifery*, 29(9), 1050–1055. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.10.001>
- Borda Pérez, M., Forero, C., Ahcar Cabarcas, N., Hinestrosa, C., Polo Lobo, S., Staaden Garavito, M., & Valencia Mejía, M. (2013). Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 29(3), 394–405.
- Buenahora Ochoa, M, E. , Carmona Ureña, S,P., Rojas Martinez, M. V., & Hernandez Bustos , A. (2021) *Lineas translocales- Facultad de ciencias de la salud*. Universidad de Cundinamarca.
- Casas, L. (2024). *Análisis de situación en Salud ASIS participativo*. Secretaría de la Salud de Facatativá.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>

Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. University of California Press.

Conecta Perinatal. (2023). *Mejora el cuidado de la salud mental perinatal, fundamentos, propuestas y peticiones*. <https://conectaperinatal.com>

Díaz, M., Amato, R., Chávez, J., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (n.d.). Sistema de información científica. <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375933973006.pdf>

Dildy, G. A., Jackson, G. M., Fowers, G. K., Oshiro, B. T., Varner, M. W., & Clark, S. L. (1996). Very advanced maternal age: Pregnancy after age 45. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175(3 Pt 1), 668–674. <https://doi.org/10.1053/ob.1996.v175.a74402>

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/>

Estévez, M. (2022). Abordaje de la depresión postparto: Factores de riesgo y detección. *Universidad de Santiago de Compostela*. <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/29718>

Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C. L. (2017). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive and anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.006>

Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2024). Maternal depression and fetal development: Neurobiological implications. *Archives of Women's Mental Health*. <https://womensmentalhealth.org/posts/maternal-depression-negatively-affects-fetal-growth-during-critical-stage-of-development/>

Flores, M. (2004). Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa. *Revista Digital Universitaria*, 5(1), 2–9.

García, N. (2023). Plan decenal de salud pública PDSP 2012-2021 metodología PASE a la equidad en salud. Cundinamarca, región que progresa.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

Gaviria-Arbeláez, S. L., Uribe-Holguín, A., Gil-Castaño, L. S., Uribe-Bravo, S. E., Serna-Galeano, L. E., Álvarez-Mesa, C., Robinson Palacio-Moná, & Vélez-Cuervo, S. M. (2022). Prevalencia del riesgo de depresión y preocupaciones en mujeres gestantes en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Antioquia, Colombia, 2020-2021. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 73(2), 194–202. <https://doi.org/10.18597/rcog.3821>

Gonzabay Arguello, A. R. (2022). *Factores de riesgos asociados a la depresión prenatal en adolescentes que acuden al servicio de consulta externa del centro de salud tipo C, Bastión Popular* (Tesis de pregrado). Universidad Estatal Península de Santa Elena.

González, M. (2020). Salud mental durante el embarazo: Importancia de la detección y tratamiento. *Revista de Psicología Perinatal*, 35(2), 118–126.

Guba, E., & Lincoln, Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En C. Derman & J. Haro (Eds.), *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113–145). La Sonora: El Colegio Sonora.

Guerra, A., Dávalos, D., & Castillo, A. (2016). Detección de síntomas depresivos en mujeres gestantes de alta complejidad obstétrica y factores correlacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 215–221. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.002>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Interamericana.

Howard, L. M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., & Feder, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, *10*(5), e1001452. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>

Ishida, K., Stupp, P., Serbanescu, F., & Tullo, E. (2010). Perinatal risk for common mental disorders and suicidal ideation among women in Paraguay. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *110*(3), 243–247. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.03.027>

Klier, C. M. (2006). Mother-infant bonding disorders in patients with postnatal depression: The Postpartum Bonding Questionnaire in clinical practice. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(6), 289–291. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0154-6>

Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *202*(1), 5–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>

Ley 1090 de 2006 - Gestor Normativo. (s. f.). Función Pública.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>

Maldonado-Duran, M., & Lartigue, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip082c.pdf>

Martí, Gómez. (2023). La falta de apoyo sociofamiliar como desencadenante de la depresión posparto: Revisión bibliográfica. *Universidad Europea*.
<https://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/7645>

Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., & Wittchen, H. U. (2019). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after

delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 242, 167–179.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.051>

Miller, E., Decker, M. R., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Levenson, R. R., Waldman, J., ... & Silverman, J. G. (2016). Pregnancy coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy. *Contraception*, 81(4), 316–322. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.10.007>

Monterrosa, Á., Rodelo, A., Monterrosa, A., & Morales, I. (2022). Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. *Gestión y Organización*, 90(2).

<https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.7248>

Municipio de Chía. (2023). *Análisis de situación de salud participativo*. Secretaría de la Salud. <https://salud.chia-cundinamarca.gov.co/index.php/la-entidad>

National Institute of Mental Health. (2024). *Depresión perinatal*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/depresion-perinatal/depresion-perinatal_0.pdf

Navarrete, L., Lourdes, N., & Lara, A. (2021). Intimate partner violence and perinatal depression and anxiety: Social support as moderator among Mexican women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 29, 100569. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100569>

O'Donnell, K. J., Glover, V., Barker, E. D., & O'Connor, T. G. (2014). The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology. *Development and Psychopathology*, 26(2), 393–403. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000946>

Ortega, L., Lartigue, T., & Figueroa, M. (2001). Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), en una muestra de mujeres mexicanas

embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana*, 15(1), 11–18.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2001/ip011b.pdf>

Ortiz, R., Gallego, C., Buitrón, E., Meneses, Y., Muñoz, N., & Gonzales, M. (2016).

Prevalencia de tamiz positivo para depresión postparto en un hospital de tercer nivel y posibles factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(4), 204–210.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.002>

Paiz, J. C., de Jesús Castro, S. M., Giugliani, E. R. J., et al. (2022). Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression.

BMC Pregnancy and Childbirth, 22, 664. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04978-4>

Patel, V., & Kleinman, A. (2013). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615.

<https://doi.org/10.2471/BLT.03.020101>

Pearson, R. M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P. G., ... & Stein, A. (2018). Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: Risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry*, 70(12), 1312–1319. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2163>

Plan Territorial de Salud de Cundinamarca (PTS Cundinamarca). (2021). *Metodología para la mejora de la atención perinatal y salud mental*. Gobernación de Cundinamarca.

[https://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/b7d1b7d5-fe66-472f-9cb6-](https://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/b7d1b7d5-fe66-472f-9cb6-8ae7ebd6d1a3/Documento+PTS+de+Cundinamarca+2020-2023.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=ROOTWORKSPACE-b7d1b7d5-fe66-472f-9cb6-8ae7ebd6d1a3-nYIw9zg)

[8ae7ebd6d1a3/Documento+PTS+de+Cundinamarca+2020-](https://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/b7d1b7d5-fe66-472f-9cb6-8ae7ebd6d1a3/Documento+PTS+de+Cundinamarca+2020-2023.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=ROOTWORKSPACE-b7d1b7d5-fe66-472f-9cb6-8ae7ebd6d1a3-nYIw9zg)

[2023.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=ROOTWORKSPACE-](https://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/b7d1b7d5-fe66-472f-9cb6-8ae7ebd6d1a3/Documento+PTS+de+Cundinamarca+2020-2023.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=ROOTWORKSPACE-b7d1b7d5-fe66-472f-9cb6-8ae7ebd6d1a3-nYIw9zg)

[b7d1b7d5-fe66-472f-9cb6-8ae7ebd6d1a3-nYIw9zg](https://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/b7d1b7d5-fe66-472f-9cb6-8ae7ebd6d1a3/Documento+PTS+de+Cundinamarca+2020-2023.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=ROOTWORKSPACE-b7d1b7d5-fe66-472f-9cb6-8ae7ebd6d1a3-nYIw9zg)

Rivera Morales, M. (2022). *Factores asociados a ansiedad perinatal en puérperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020* (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma. <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5024>

Robayo, D. (2022). “EN MI VIENTRE CRECE UNA AVENTURA”: La construcción de la salud mental durante el embarazo, en la COVID-19. *Universidad Externado de Colombia*. <https://bdigital.uexternado.edu.co/server/api/core/bitstreams/4e1bc93f-6723-431f-bd77-772c62639b2b/content>

Rojas, F. (2024). *Análisis de situación en Salud ASIS participativo*. Secretaría de Salud de Zipaquirá. <https://saludzipaquirá.com/analisis-de-situacion-en-salud/>

Rose, N. (1998). *Governing the soul: The shaping of the private self*. Free Association Books.

Sámano, R., Martínez-Rojano, H., Robichaux, D., et al. (2017). Contexto familiar y situación individual de las adolescentes antes, durante y después del embarazo en la Ciudad de México. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 382. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1570-7>

Sánchez – Torre, R. M. (2017). Desigualdad del ingreso en Colombia: Un estudio por departamento. *Cuadernos de Economía*, 36(spe72), 139–178. <https://doi.org/10.15446/cuad.econ.v36n72.65880>

Sánchez Gaitán, E. (2019). Factores para un embarazo de riesgo. *Revista Médica Sinergia*, 4(9), e319. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i9.31>

Sharp, H., Hill, J., Hellier, J., & Pickles, A. (2024). Prenatal stress and child development: A neurodevelopmental pathway to psychopathology. *Molecular Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02449-0>

Smith, C., et al. (2018). Lifetime economic impact of the burden of childhood stunting attributable to maternal psychosocial risk factors in 137 low/middle-income countries. *BMJ Global Health*, 3(4), e001144. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001144>

Smith, K., Johnson, R., & Taylor, H. (2018). Socioeconomic disparities and maternal mental health: A longitudinal study. *Journal of Maternal and Child Health*, 22(3), 345–359. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-0256-9>

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., ... & Pariante, C. M. (2024). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17889>

Sutter-Dallay, A. L., Giaccone-Marcеше, V., Glatigny-Dallay, E., et al. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: A prospective study of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, 19(7), 459–463. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.07.006>

Torres, K. (2020). *Riesgo de depresión posparto y su relación con la funcionalidad familiar en gestantes. Centro de salud materno infantil Venus de Valdivia La Libertad* (Tesis de pregrado). Universidad Estatal Península de Santa Elena. <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/5581>

Tukey, M., Kootbodien, T., & Horwood, L. (2024). Maternal prenatal stress and offspring development: A Mendelian randomisation study. *BMC Medicine*, 22, 384. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03834>

Vergel, J., Gaviria, S., Duque, M., Restrepo, D., Rondon, M., & Colonia, A. (2019). Factores psicosociales asociados con la gestación en mujeres de Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(1), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.06.003>

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., et al. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 6(1), 43–49.

<https://doi.org/10.1007/s00737-002-0150-5>

World Health Organization. (2018). *Adolescent pregnancy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

World Health Organization. (2020). *Social determinants of health and pregnancy outcomes*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013279>

Yonkers, K. A., Wisner, K. L., Stowe, Z., Leibenluft, E., Cohen, L., Miller, L., ... & Altshuler, L. L. (2014). Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 608–620.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.4.608>

Anexos

Anexo A. Consentimiento informado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ declaro que he sido invitada a participar del proyecto llamado **"Propuesta de estudio para el acompañamiento psicológico durante la gestación y el puerperio de mujeres de Cundinamarca integrando técnicas de Machine Learning"**. Éste es un proyecto financiado por la Universidad de Cundinamarca y tiene por objetivo: Diseñar una herramienta de análisis de ciencia de datos para el acompañamiento psicológico durante la gestación y el puerperio de mujeres de Cundinamarca integrando técnicas de Machine Learning. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que solo tienen fines investigativos, de modo que los nombres de los participantes no serán publicados ni conocidos por otra persona o terceros. También fui informada sobre los riesgos e implicaciones de participar en la investigación. Por último, manifiesto que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante de la presente investigación contribuyendo a la fase de recolección de información. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme de responder total o parcialmente las preguntas que me sean formuladas y para renunciar a mi colaboración cuando a bien lo considere y sin necesidad de justificación alguna. De igual forma se me informó que mi participación se hará a título gratuito, por lo que no recibiré estipendio o compensación de ninguna índole por contribuir a este proceso de investigación. Así mismo, indico que puedo rehusarme a participar y/o retirarme del estudio en cualquier momento que desee después de haber ingresado.

- Si acepto participar en la presente investigación.
 No acepto participar en la presente investigación.

Firma del Participante _____
 Fecha: _____

Si tiene alguna pregunta durante cualquier fase del estudio, puede comunicarse con Jaime Andres Amaya Gonzalez, al correo jaimaamaya@ucundinamarca.edu.co. Quien es investigador y docente del programa de Psicología de la Universidad de Cundinamarca

Anexo B. Ejemplo de consentimiento informado, diligenciado por participante.



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo Diana Gomez Gonzalez declaro que he sido invitada a participar del proyecto llamado "Propuesta de estudio para el acompañamiento psicológico durante la gestación y el puerperio de mujeres de Cundinamarca integrando técnicas de Machine Learning". Este es un proyecto financiado por la Universidad de Cundinamarca y tiene por objetivo: Diseñar una herramienta de análisis de ciencia de datos para el acompañamiento psicológico durante la gestación y el puerperio de mujeres de Cundinamarca integrando técnicas de Machine Learning. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que solo tienen fines investigativos, de modo que los nombres de los participantes no serán publicados ni conocido por otra persona o terceros. También fui informada sobre los riesgos e implicaciones de participar en la investigación. Por último, manifiesto que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante de la presente investigación contribuyendo a la fase de recolección de información. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme de responder total o parcialmente las preguntas que me sean formuladas y para renunciar a mi colaboración cuando a bien lo considere y sin necesidad de justificación alguna. De igual forma se me informó que mi participación se hará a título gratuito, por lo que no recibiré estipendio o compensación de ninguna índole por contribuir a este proceso de investigación. Así mismo, indico que puedo rehusarme a participar y/o retirarme del estudio en cualquier momento que desee después de haber ingresado.

- Si acepto participar en la presente investigación.
 No acepto participar en la presente investigación.

Firma del Participante 

Fecha: 14 de Septiembre

Si tiene alguna pregunta durante cualquier fase del estudio, puede comunicarse con Jaime Andres Amaya Gonzalez, al correo jaimeamaya@ucundinamarca.edu.co. Quien es investigador y docente del programa de Psicología de la Universidad de Cundinamarca

Anexo C. Ejemplo 2 de consentimiento informado por participante.



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo Paula Andrea Penagos B. declaro que he sido invitada a participar del proyecto llamado "Propuesta de estudio para el acompañamiento psicológico durante la gestación y el puerperio de mujeres de Cundinamarca integrando técnicas de Machine Learning". Este es un proyecto financiado por la Universidad de Cundinamarca y tiene por objetivo: Diseñar una herramienta de análisis de ciencia de datos para el acompañamiento psicológico durante la gestación y el puerperio de mujeres de Cundinamarca integrando técnicas de Machine Learning. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que solo tienen fines investigativos, de modo que los nombres de los participantes no serán publicados ni conocidos por otra persona o terceros. También fui informada sobre los riesgos e implicaciones de participar en la investigación. Por último, manifiesto que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante de la presente investigación contribuyendo a la fase de recolección de información. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme de responder total o parcialmente las preguntas que me sean formuladas y para renunciar a mi colaboración cuando a bien lo considere y sin necesidad de justificación alguna. De igual forma se me informó que mi participación se hará a título gratuito, por lo que no recibiré estipendio o compensación de ninguna índole por contribuir a este proceso de investigación. Así mismo, indico que puedo rehusarme a participar y/o retirarme del estudio en cualquier momento que desee después de haber ingresado.

Si acepto participar en la presente investigación.
 No acepto participar en la presente investigación.

Firma del Participante Paula Penagos
 Fecha: 19 de Septiembre

Si tiene alguna pregunta durante cualquier fase del estudio, puede comunicarse con Jaime Andres Amaya Gonzalez, al correo jaimaamaya@ucundinamarca.edu.co. Quien es investigador y docente del programa de Psicología de la Universidad de Cundinamarca

