

**Factores asociados a la depresión en mujeres embarazadas:
Un estudio descriptivo en algunos municipios de Antioquia en el año 2015**

Maria Camila Tamayo Chavarriaga

Asesor:

Nilton Edu Montoya

Magister en Ingeniería de Software

**Trabajo de grado para optar por el título de Profesional en Gerencia de
sistemas de información en salud**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Publica
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2021**

Tabla de contenido

Lista de tablas	4
Lista de Figuras	5
Resumen.....	6
Introducción	7
1. Planteamiento del problema.....	8
2. Justificación.....	11
3. Objetivos.....	12
3.1 Objetivo general.....	12
3.2 Objetivos específicos	12
3.3 Pregunta de investigación	12
4. Marco teórico	13
4.1 Definiciones generales	13
4.1.1 Trastorno del estado de ánimo.....	13
4.1.2 Depresión.....	13
4.1.2.1 Tipos de depresión.....	13
- Trastorno depresivo mayor	13
- Trastorno depresivo recurrente.....	13
- Trastorno afectivo bipolar (TAB)	13
- Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual.....	14
4.1.2.2 Tipos de depresión en el embarazo	14
Depresión perinatal.....	14
- Depresión prenatal	14
- Depresión posparto.....	15
- Psicosis posparto.....	15
- Tristeza posparto (TPP)	15
4.1.3 El embarazo.....	16
4.2 Factores de riesgo	17
4.3 Factores protectores.....	17
4.4 Depresión en el mundo.....	18

4.5 Depresión en Colombia	18
4.6 Depresión en Antioquia.....	19
5. Metodología.....	20
5.1 Tipo de estudio.....	20
5.2 Población objeto.....	20
5.3 Unidad de análisis.....	21
5.4 Unidad de observación	21
5.5 Muestra.....	21
5.6 Criterios de inclusión	21
5.7 Fuente de información	21
5.8 Control de sesgos	23
5.9 Variables.....	23
5.10 Análisis	24
5.10.1 Depuración de la base de datos	24
5.10.2 Calidad de los datos	25
5.10.3 Recodificación de las variables.....	25
5.10.4 Análisis estadístico.....	26
5.10.5 Procesamiento de la información	26
6. Consideraciones éticas	27
7. Resultados.....	28
8. Discusión	43
9. Limitaciones	46
10. Conclusiones y recomendaciones	47
Referencias bibliográficas	49
Anexos.....	54

Lista de tablas

Tabla 1. Lista de variables	24
Tabla 2. Análisis	25
Tabla 3. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de características sociodemográficas.	29
Tabla 4. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de características de la vivienda.	30
Tabla 5. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de características de afiliación al sistema de salud.	31
Tabla 6. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de estado de salud durante el embarazo.	32
Tabla 7. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de planeación del embarazo y apoyo familiar durante el embarazo según grupos de edad y total.	32
Tabla 8. Tabla 4. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de características de la vivienda.	33
Tabla 9. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de victimización alguna vez en los últimos 12 meses según grupos de edad y total.	33
Tabla 10. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de Consumo de sustancias alguna vez en la vida y total.	34
Tabla 11. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de la historia de la familia de origen y total.	35
Tabla 12. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de soporte social y total.	36

Lista de Figuras

Figura 1. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores demográficos asociados a la depresión.....	38
Figura 2. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores individuales asociados a la depresión.....	39
Figura 3. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores de violencia en el último año asociados a la depresión.	39
Figura 4. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores de violencia en la vida asociados a la depresión	40
Figura 5. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores de familia actual asociados a la depresión.	41
Figura 6. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores de familia de origen asociados a la depresión.....	41
Figura 7. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores de soporte social asociados a la depresión.	42

Resumen

Las enfermedades de salud mental, entre ellas la depresión, han sido consideradas un importante problema de salud pública debido a la carga de enfermedad que genera. Estudios han demostrado que esta afecta en mayor proporción a las mujeres, es por esto que este estudio se realiza con el objetivo de definir cuáles son los factores asociados a la depresión en mujeres embarazadas. Este interés debido a que en el embarazo muchas personas o profesionales tienden a suponer que los síntomas que se presentan son debido a los cambios hormonales que contrae esta etapa y son ignorados dejando de lado la importancia de un tratamiento oportuno. **Metodología:** estudio descriptivo a partir de un estudio experimental de un proyecto macro llamado Promesa, con una muestra de 1128 mujeres en etapa de gestación residentes en algunos municipios de Antioquia. **Resultados:** se observó que la edad media de las mujeres era 24, en el grupo de edad de 14 a 25 años alrededor del 66% de mujeres presentó depresión grave, en cuanto al nivel educativo 60% tenían educación secundaria y el 69% de éstas presentó depresión, además se evidenció que tener una buena relación con la pareja es un factor protector para las mujeres en esta etapa, el 63% de las mujeres tenían una pareja y éstas no presentaron depresión. **Conclusiones:** con los hallazgos se puede concluir que el embarazo a temprana edad es un importante problema de salud pública y que muchas de éstas son madres sin finalizar la etapa de educación mínima.

Abstract

Mental health diseases, including depression, have been considered an important public health problem due to the amount of diseases that it generates. Studies have shown that it affects women in a greater proportion, that is why this study is carried out with the objective of defining which the factors associated with depression in pregnant women are. This interest is because in pregnancy many people or professionals tend to assume that the symptoms that occur are due to the hormonal changes that this stage contracts and are ignored leaving aside the importance of timely treatment. **Methodology:** descriptive study based on an experimental study of a macro project called Promesa, with a sample of 1128 pregnant women residing in some municipalities of Antioquia. **Results:** We could see that the mean age of the women was 24, in the age group of 14 to 25 years, about 66% of women presented severe depression. Regarding the educational level, 60% of them had studied just until secondary and 69% of them presented depression. It was also evidenced that having a good relationship with the partner is a protective factor for women at this stage. 63% of the women had a partner and they did not present depression. **Conclusions:** with the findings, it can be concluded that early pregnancy is an important public health problem and that many of these cases occur to women without completing the minimum education level.

Palabras clave: Depresión, embarazo, familia, violencia, apoyo.

Introducción

La depresión es un importante problema de salud pública que contribuye significativamente a la carga global de enfermedad en la sociedad actual y que además tiene repercusiones en la calidad de vida, el desarrollo biopsicosocial de las personas, afectando relaciones interpersonales, laborales y familiares (1).

El número de personas con trastornos mentales comunes como lo es la depresión, aumenta cada vez más en especial en países de ingresos bajos. La depresión es una enfermedad que puede afectar a todas las personas sin importar edad u otras características, sin embargo, factores como la pobreza, desempleo, acontecimientos vitales estresantes o problemas por consumo de algunas sustancias incrementan el riesgo de padecer esta afección (2).

La depresión es una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%) (2). En el caso de las mujeres embarazadas, se han observado múltiples casos en que la depresión provoca la desaparición de los sentimientos maternales y de ternura normales para con su hijo, o bien que tenga pensamientos o acciones hostiles hacia el recién nacido, constituyendo un verdadero trastorno de la relación entre la madre y el bebé (1). Sin embargo, la depresión en esta etapa a veces pasa desapercibida y es confundida por los cambios hormonales que este evento contrae en la vida de la mujer, incluso la depresión prenatal es un tema que poco ha sido tratado y la literatura al respecto es poca. Es por esto que se realiza esta investigación con el fin de determinar cuáles son los factores individuales, familiares, del embarazo, violencia y soporte social asociados a la depresión en mujeres que estén cursando el tercer trimestre de gestación y sean atendidas en las E.S.E de los municipios de Antioquia perteneciente al programa promesa en el año 2015.

1. Planteamiento del problema

Según la OMS La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por médicos en el ámbito de la atención primaria, no necesariamente especialistas (1).

Conforme a las estimaciones de la OMS afecta alrededor de 300 millones de personas lo que equivale a un 4,4% de la población mundial (2). La depresión se ha convertido en un importante problema de salud pública por la carga de enfermedad que genera, es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y en el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800.000 personas en el mundo, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos (3).

La depresión es más común en las mujeres que en los hombres, en promedio 1 de cada cinco mujeres y 1 de cada diez hombres sufrirá al menos un episodio depresivo durante su vida. Entre dos y cuatro de cada diez madres de países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto (4).

Para algunas mujeres el periodo del embarazo puede aumentar la vulnerabilidad a padecer enfermedades psiquiátricas como la depresión. Estudios realizados señalan que entre los trastornos mentales que afectan a las mujeres en el ciclo embarazo-puerperal, la depresión es la principal: su prevalencia es del 10% durante el embarazo y del 13% después del parto en mujeres de países de altos ingresos. En los países en desarrollo, las tasas son aún más altas: 15,6% durante el embarazo y 19,8% después del parto. Por lo tanto, la depresión en los países subdesarrollados y en desarrollo es un problema relevante (5).

La depresión durante el embarazo se manifiesta con las características clínicas que muestra en otras etapas de la vida (6), las mujeres se sienten tristes, deprimidas, desanimadas, pueden sentirse menos interesadas en realizar sus hobbies o actividades diarias, pueden tener disminución o aumento de apetito, pueden presentar alteraciones de sueño, disminución de energía, cansancio o fatiga (7).

Los factores de riesgo de depresión en el embarazo abarcan desde el antecedente de depresión y trastorno disfórico premenstrual hasta historia de abuso sexual, edad temprana al embarazo, escaso apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar (8).

Un estudio realizado en EE. UU determinó como principales factores de riesgo los antecedentes de pérdidas en la infancia, antecedentes de maltrato físico y dificultades psicosociales en el presente, no tener el apoyo de un compañero o esposo, tener otros niños pequeños, la pobreza y el aislamiento social (9). Otros estudios muestran también como factores de riesgo la baja escolaridad y no desear estar embarazada

(10). El consumo de tabaco, abuso de drogas o alcohol, también son factores asociados al desarrollo de depresión durante el embarazo y postparto (11).

Aproximadamente un 10-16% de las embarazadas cumplen criterios para depresión y hasta 70% reportan síntomas depresivos. Muchos síntomas de depresión se sobreponen con los del embarazo, por lo cual a menudo son pasados por alto, no se diagnostica y en consecuencia no se trata (12).

La prevalencia de depresión en el embarazo en América del Sur es aproximadamente del 29% y los factores de riesgo más importantes son el abuso sexual, el embarazo a una edad temprana y la violencia intrafamiliar (8). Un estudio realizado en México demostró que 21% de las mujeres presentan depresión y de 8 a 31% de las mujeres presentan síntomas depresivos (10). En cuanto a la prevalencia de depresión prenatal por trimestres un estudio demostró que un 23% de las 258 mujeres participantes padecía este trastorno en el primer trimestre, 42% en el segundo y 35% en el tercer trimestre del embarazo (13).

Según la OMS las mujeres embarazadas que padecen depresión tienen 40 por ciento más posibilidades de tener hijas e hijos con menos peso y estatura que las que cuentan con una buena salud mental (1). Además, es importante resaltar que la depresión materna puede afectar negativamente el desarrollo del feto y se asocia a un riesgo mayor de embarazos pretérmino (nacimiento antes de las 37 semanas) (15).

La depresión prenatal sin tratamiento es considerada un factor de riesgo determinante para el desarrollo de la depresión posparto en un 50 a 65% (6). La depresión de la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar el desenlace obstétrico. El suicidio, o los intentos de suicidio, son infrecuentes en las gestantes deprimidas. Por otra parte, algunos síntomas propios de la depresión, como la inapetencia, pueden alterar algunos aspectos del embarazo, tales como el aumento de peso, y así contribuir a resultados adversos (15).

En Colombia, según un estudio realizado la prevalencia de depresión durante el embarazo es de alrededor del 19% (6). También, en un estudio realizado en una ciudad de Colombia a 244 mujeres gestantes con una edad promedio de 24.8 años, la prevalencia de depresión fue del 24.6% (14). Otros estudios, uno realizado en el año 2000 y otro en 2016 encontraron una prevalencia de depresión en el período perinatal era del 66% y 40% respectivamente (11).

En un estudio realizado en el año 2003, en el cual participaron 3472 mujeres embarazadas se encontró que un 20% de las participantes sufrían depresión y un 86% de éstas no recibía ningún tipo de tratamiento (16). Existen dos posibles tratamientos para la depresión en el embarazo: la psicoterapia, que es recomendado su uso en mujeres embarazadas cuando la depresión es leve, aunque en algunos casos es efectiva en tratamientos para depresión moderada o grave, y la farmacoterapia con antidepresivos, comúnmente utilizada en depresiones moderadas y graves (8). Aunque en algunos casos se hace la recomendación de evitar el consumo en las primeras doce semanas de gestación debido al riesgo de malformaciones (15).

En Colombia, Antioquia es el departamento con mayor depresión, independiente del tipo, en el año 2015 se atendieron en total 15.250 personas con síntomas de depresión (17). Según un estudio realizado en la Universidad de Antioquia, en Antioquia pueden

morir más madres por conductas relacionadas a la depresión o salud mental que por complicaciones obstétricas. Entre 2004 y 2014 se presentaron 24 suicidios maternos en Antioquia, superando las 11 muertes por infección obstétrica. La depresión fue el diagnóstico más común en las mujeres que murieron por suicidio, de las cuales solo un 20% recibieron tratamiento durante el embarazo (18).

La Universidad de Antioquia en cooperación con la gobernación del departamento, está llevando a cabo el programa Promesa de un futuro mejor, bajo un estudio experimental que involucra 16 municipios del departamento. Estudio que tiene una duración 2015- 2020, en el cual se realizan una serie de actividades tales como: capacitaciones al personal de salud, padres y cuidadores de los niños que hacen parte del programa y recolección de información a través de encuestas, para esto se trabaja de la mano con las alcaldías y las E.S.E de los municipios. Promesa es un estudio que realiza un seguimiento de los niños desde que estaban en el tercer trimestre de gestación hasta los 5 años de edad, para efectos de esta investigación se tendrá en cuenta las condiciones iniciales de las madres que ingresaron al programa Promesa en su fase de reclutamiento, es decir 2015-2018.

Por lo anterior, se diseña esta investigación con el fin de responder a la pregunta ¿cuáles son los factores individuales, familiares, del embarazo, violencia y soporte social asociados a la depresión en mujeres que estén cursando el tercer trimestre de gestación y sean atendidas en las E.S.E de los municipios de Antioquia perteneciente al programa promesa en el año 2015?

2. Justificación

La depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad. Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad) sobre todo entre las mujeres (19).

La depresión es la morbilidad psiquiátrica más común durante el embarazo y llega a afectar a más del 13% de las gestantes (8). Según la OMS la depresión afecta al 15% de la población y aproximadamente al 22% de las mujeres en edad fértil, se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y su grupo familiar (20).

Las consecuencias de la depresión en el embarazo pueden tener implicaciones negativas en los recién nacidos, así como en la futura relación madre e hijo. Estudios realizados han demostrado que las madres deprimidas muchas veces informan niveles bajos de autoeficacia (creencias sobre su capacidad y rendimiento como madres) en relación a las que no están deprimidas. Se ha demostrado también que las mujeres deprimidas tienden a ser menos positivas y a interactuar menos con sus bebés. Así mismo se ha identificado que los hijos de madres deprimidas tienen un peor rendimiento durante su escolarización e incluso dificultades en el relacionamiento social a largo plazo (21).

A la fecha no se han encontrado estudios que puedan responder sobre el tema en el departamento. Los resultados de este estudio permitirán finalmente afianzar el programa promesa y su enfoque que es mejorar el programa de crecimiento y desarrollo en Antioquia ya que este tipo de investigaciones permiten además de generar investigaciones basadas en la realidad del departamento, mostrar en la agenda pública el problema de la depresión en las mujeres embarazadas como un asunto de salud pública, contribuyendo a la creación de políticas y programas que involucren la primera infancia desde el vientre de las madres y todo lo que implica el embarazo en la realidad de las mujeres antioqueñas implementando estrategias para el beneficio de éstas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Identificar la asociación entre algunos factores individuales, familiares, del embarazo, violencia y soporte social con la depresión en mujeres embarazadas que son atendidas en la E.S.E de algunos municipios de Antioquia en el año 2015.

3.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres participantes en el estudio.
- Definir las características de los factores individuales, familiares, del embarazo, violencia y soporte social de las mujeres según la edad de la madre.
- Identificar la prevalencia de depresión en las mujeres según algunas variables demográficas (edad, nivel educativo y estrato).
- Determinar la asociación entre algunos factores individuales, familiares, embarazo, violencia y soporte social con depresión.

3.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores individuales, familiares, del embarazo, violencia y soporte social asociados a la depresión en mujeres que estén cursando el tercer trimestre de gestación y sean atendidas en las E.S.E de los municipios de Antioquia perteneciente al programa promesa en el año 2015?

4. Marco teórico

4.1 Definiciones generales

A continuación, se detallan algunas definiciones importantes a tener en cuenta en el desarrollo de la investigación.

4.1.1 Trastorno del estado de ánimo

Son trastornos de la salud mental, el estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Cuando hay un trastorno del estado de ánimo, el paciente pierde la sensación de control sobre su ánimo y experimenta malestar general. Estos trastornos se dividen en bipolares y depresivos (22).

4.1.2 Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que causa síntomas de angustia, que afectan cómo se siente, piensa y coordina las actividades diarias, como dormir, comer o trabajar (23). La depresión es una enfermedad mental que puede ser diagnosticada cuando alguien se siente triste (incluido el llanto a menudo), pierde interés o no le agrada realizar actividades diarias durante al menos dos semanas (24).

4.1.2.1 Tipos de depresión

- Trastorno depresivo mayor

Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión). Frecuentemente las personas describen su estado de ánimo en un episodio depresivo como triste, desesperanzados o desanimados (7).

- Trastorno depresivo recurrente

Trastorno que se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve, moderado o grave, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía (25).

- Trastorno afectivo bipolar (TAB)

Este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios

maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir (3).

El TAB es un trastorno físico clínicamente complejo que se expresa por alteraciones del comportamiento y los procesos psíquicos (26). Es un desorden serio y recurrente, el trastorno empieza típicamente en la adolescencia o en la adultez temprana, y tiende a ser una condición permanente a lo largo de la vida (27).

Durante la infancia, tanto las niñas como los niños experimentan tasas similares de depresión. Sin embargo, para cuando llegan a la adolescencia, las mujeres son más propensas a sufrir de depresión que los hombres (28).

Algunas formas de depresión se pueden presentar solo en algunas circunstancias de la vida, por ejemplo:

- **Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual**

El Síndrome Premenstrual (SPM) se define como un patrón de síntomas emocionales, conductuales y físicos que se presentan en el período premenstrual y que remiten al iniciarse la menstruación, generalmente al segundo día. Incluye: tensión mamaria, edemas, distensión abdominal, cefaleas y cambios de humor o sensación de tensión emocional. Esta sintomatología afecta moderadamente el desempeño habitual de la mujer, aunque los cambios de humor no son tan severos como para obligar a un tratamiento farmacológico regular (29). El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) se caracteriza clínicamente por severas alteraciones del estado de ánimo, con depresión, irritabilidad, angustia y marcada labilidad emocional (29). Ambas patologías comienzan en la adolescencia y se asocian a consecuencias negativas que interfieren en el funcionamiento diario. Hasta 85% de las mujeres en edad reproductiva reportan al menos un síntoma premenstrual, solo 2-9%, cumplen todos los criterios descritos en el DSM-IVTR, para ser considerados como TDPM (30).

4.1.2.2 Tipos de depresión en el embarazo

Depresión perinatal

Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5), la depresión perinatal es un episodio depresivo mayor con inicio en el periodo perinatal (durante el embarazo o en las primeras 4 semanas tras el parto) (7).

Abarca la depresión prenatal y la depresión posparto

- **Depresión prenatal**

Para algunas mujeres el periodo del embarazo puede incrementar la vulnerabilidad a enfermedades psiquiátricas como la depresión. Las mujeres con depresión perinatal sufren de depresión mayor durante el embarazo o después del parto (depresión posparto) (31).

La sintomatología depresiva prenatal, por su alta prevalencia (22% a 37%) y consecuencias negativas sobre la salud de la madre, el producto y el curso del

embarazo, requiere de detección oportuna para proporcionar apoyo y tratamiento adecuados (32).

- **Depresión posparto**

Es una enfermedad mental grave, que involucra el cerebro, afecta el comportamiento y la salud física de la mujer, los cambios hormonales que se producen después del embarazo pueden producir síntomas de depresión. La depresión posparto normalmente comienza dentro del primer mes después del parto, pero también puede comenzar durante el embarazo o un año después del parto (33).

Hasta el momento, no se conocen las causas de la depresión postparto (DPP); únicamente se han podido observar factores de riesgo, entre los más comunes: alteraciones psicológicas en el embarazo, complicaciones obstétricas durante el embarazo o parto, embarazo no planeado, falta de apoyo familiar y/o social, abandono o separación de la pareja, falta de redes de apoyo, situaciones estresantes, entre otros. Sin embargo, este padecimiento se puede presentar incluso cuando la madre no ha mostrado ningún antecedente (34).

- **Psicosis posparto**

La psicosis posparto es muy poco común. Ocurre en hasta 4 de cada 1,000 madres que acaban de dar a luz. En general comienza en las primeras 2 semanas después de tener al bebé. Es una emergencia médica. Las mujeres que tienen un trastorno bipolar u otra afección de salud mental llamada trastorno esquizoafectivo tienen mayor riesgo de desarrollar psicosis posparto. Los síntomas pueden incluir:

- Ver u oír cosas que no están allí
- Sentirse confundida la mayor parte del tiempo
- Tener cambios de humor bruscos en pocos minutos (por ejemplo, llorar histéricamente, luego reír a carcajadas, seguido por una tristeza extrema)
- Tratar de hacerte daño o de lastimar a tu bebé
- Paranoia (pensar que otras personas quieren herirte)
- Inquietud o agitación
- Comportarte de forma imprudente o que no es normal para ti (33).

Las mujeres que han padecido un trastorno psicótico previo tienen un riesgo del 35% de desarrollarla. En aquellos casos en que la psicosis aparece por primera vez durante el postparto, el riesgo de recurrencia en un siguiente nacimiento es del 50 al 60% (34).

- **Tristeza posparto (TPP)**

Muchas mujeres sufren tristeza de posparto los días siguientes al parto, la tristeza posparto suele desaparecer a los 3 a 5 días de haber iniciado, la diferencia con la depresión posparto es que los síntomas de esta duran más tiempo, son más graves y deben ser tratados por un médico (33). Algunos investigadores han determinado que la TPP se presenta entre el 50 y 80 % de las mujeres que han dado a luz.

Actualmente no se ha determinado una causa específica, pero entre los factores de riesgo más comunes se encuentra: la presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, así como de sucesos estresantes durante la

gestación, especialmente durante el último mes. Se ha visto que las alteraciones del sueño, haber padecido un síndrome premenstrual, o el antecedente de hijos muertos, aumenta las posibilidades de que aparezca (34).

Los trastornos del estado de ánimo del puerperio: tristeza postparto, depresión y psicosis postparto tienen una alta prevalencia alrededor del mundo, esto afecta no solo la salud física y emocional de la madre, sino también al recién nacido y la pareja. Por esto se considera una complicación perinatal y un gran problema de salud pública que debe ser atendido (34).

Durante el embarazo y el puerperio ocurren una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasiona una mayor vulnerabilidad para la aparición de los trastornos psíquicos en la mujer (35). Cerca del 80% de las mujeres sufren algún tipo de alteración durante estas etapas, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, incluyendo síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas (34).

4.1.3 El embarazo

Existe una tendencia a pensar que el embarazo es un estado de plena felicidad, la realidad es que el embarazo es una etapa que como todas las etapas de la vida tiene frustraciones, tensiones y demandas emocionales, tanto en las mujeres como en sus parejas. La vulnerabilidad en las mujeres aumenta con los cambios físicos que son difíciles de procesar cognoscitivamente pero también los cambios emocionales (36).

Durante la gestación los futuros padres tienen el trabajo psicológico de “volverse” padres, lo que implica una serie de cambios en su vida, para empezar la madre ya no puede pensar sólo en sí misma, sino en un “nosotros”. La noticia del embarazo puede ser recibida con una mezcla de sentimientos que van desde la felicidad predominante, hasta la inseguridad, miedo o inclusive el rechazo, aún más cuando el embarazo no ha sido planeado, según la literatura alrededor del 30% de los embarazos no son planeados (36).

Desde el primer trimestre (1 a 3 meses) la mujer comienza a experimentar cambios en su vida cotidiana, tales como, cansancio, somnolencia, náuseas e incluso vómito, antojos. En el segundo trimestre (4 a 6 meses) la mujer presenta más cambios físicos, como el crecimiento de las glándulas mamarias y aumento de peso, síntomas asociados con el crecimiento físico del bebe. La ausencia total de síntomas y el sentirse “como si no lo estuviera” pueden ser signos de una negación del embarazo (36).

El tercer trimestre (7 a 9 meses) podría considerarse de los más complejos, el feto ocupa más espacio en la cavidad abdominal, por lo que se pueden ver nuevos cambios en la marcha de la mujer, en su postura, el consumo de comidas debe ser en pocas cantidades, pero con mayor frecuencia, la mujer presenta períodos de sueño más interrumpidos (36).

El embarazo es un periodo complejo y lleno de cambios, en el último trimestre del embarazo la mujer generalmente está más cansada, es más sensible a interacciones con otras personas y llora más fácilmente, suele volverse más dependiente de su

pareja u otras personas de su alrededor, por lo que necesita recibir más cuidados maternos (9).

Hacia el final del embarazo empieza a aparecer lo que Winnicott llamó “preocupación materna” una sensación que obliga a la madre a dormir, pero su descanso se interrumpe fácilmente con el movimiento de su bebé (9).

4.2 Factores de riesgo

La depresión durante el embarazo (o postparto) es entendido más como un problema psicosocial que hormonal, está más relacionada con la calidad de vida de la mujer embarazada que con dificultades hormonales. La depresión durante el embarazo aumenta el riesgo de depresión postparto (9).

Entre los principales factores psicológicos que influyen a presentar depresión en el periodo de embarazo, está padecer violencia conyugal en cualquier modalidad o que la mujer no cuente con una pareja que le pueda brindar apoyo emocional. Se ha determinado como un factor de riesgo los antecedentes que tiene la mujer respecto al haber sufrido pérdidas tempranas; lo que puede involucrar la pérdida de uno de los padres antes de los 10 años de edad o perder contacto con alguno de ellos por abandono, separación o divorcio de los padres (37).

Otro factor importante es haber sido objeto de negligencia, maltrato físico, emocional, o sexual en la infancia. Se piensa que alrededor de 15 a 20% de mujeres ha sido objeto de alguna forma de abuso sexual antes de alcanzar la edad adulta (37). Un estudio realizado en Brasil determinó que las mujeres embarazadas que tienen antecedentes de violencia doméstica tienen más probabilidades de experimentar depresión gestacional (38).

Un estudio demostró que la violencia psicológica ocurrida en la etapa de la niñez y la adolescencia tiene una asociación significativa para desarrollar depresión en la gestación. Este determinó que existe 1.9 veces mayor probabilidad de presentar depresión respecto a las mujeres que no presentaron violencia en la niñez o adolescencia (39). El aislamiento social, el hecho de no tener personas que apoyen emocionalmente a la mujer o el poco contacto con amigos y familiares son unos de los factores importantes para presentar depresión durante el embarazo. Entre los factores de tipo social se encuentra la pobreza o vulnerabilidad social, dificultades económicas, el no poder pagar los diversos servicios esenciales (acueducto, energía, entre otros.) o no contar con acceso a los servicios básicos de salud (37).

También, la OMS ha identificado que padecer enfermedades como la diabetes, las enfermedades del corazón, entre otras se constituye en un factor importante para padecer depresión (3).

4.3 Factores protectores

Un estudio determinó como factor protector el apoyo emocional de la pareja, buena relación con la pareja. Según este, existe un 60% de protección cuando hay apoyo emocional y 62% cuando hay buena relación con la pareja, para no desarrollar depresión, comparado cuando la pareja no está presente. Sin embargo, presentar una relación regular con la pareja incrementa la probabilidad en 2.3 veces más de padecer

depresión respecto al grupo que no lo presenta. También se encontró que la mala relación con la pareja tiene 4.2 veces más probabilidad para la depresión en las gestantes que lo presentan (39).

La relación que la gestante tenga con la familia también es considerada como un factor protector, en un estudio se determinó que la presencia de la buena relación con la familia y el apoyo emocional brindado por esta expresa una protección del 64 y 67%, mientras que las mujeres con una relación regular con la familia tienen 2.8 veces más riesgo de padecer depresión durante la gestación (39).

4.4 Depresión en el mundo

Según estimaciones de la OPS en el año 2015 la proporción de la población mundial con depresión fue de 4.4%, más común en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%). Las tasas de prevalencia varían según la edad y alcanza su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años, y por encima de 5,5% en hombres). La depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad (2).

El número de personas que tienen depresión en el mundo es alrededor de 322 millones. Casi la mitad de estas personas viven en la Región de Asia Sudoriental y en la Región del Pacífico Occidental (2).

En el 2018, en Suramérica, la depresión continuó siendo la primera causa de discapacidad, explicó 7.8 % de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) secundarios a trastornos mentales. Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia ocupan los cinco primeros lugares en cuanto al número de AVAD secundarios a depresión, y la población más afectada está entre los 15 y los 50 años (40).

En Portugal, un estudio que consideró tanto el periodo de embarazo como el posparto, halló una prevalencia de depresión, de 13,7 a 19,4 % durante el embarazo y de 0,8 a 13% en el posparto, estos diagnósticos son más prevalentes en países de bajos y medianos ingresos, entre mujeres de menor nivel socioeconómico o con antecedentes de enfermedad mental (41). En Brasil, un estudio realizado en el año 2018 con 1099 mujeres puerperales, encontró una prevalencia de síntomas depresivos del 6,7% (5).

Los períodos pre y posparto se han identificado particularmente como aquellos que conforman la etapa de vida de la mujer, donde el riesgo de presentar algún trastorno mental es mayor, es de destacar que un tercio de las mujeres que desarrollan síntomas depresivos en el puerperio mantienen la condición más allá del primer año después del parto (5).

4.5 Depresión en Colombia

El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reporta que las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.584 atenciones en 2015. Los casos de depresión

grave con síntomas psicóticos son menos frecuentes y representan entre el 6 y el 13% de las atenciones por depresión (42).

En Colombia para el año 2015 la mayor proporción de personas atendidas por depresión correspondió a mujeres 70,4%, frente a un 29.6% correspondiente a los hombres diagnosticados con depresión (42).

Los casos atendidos aumentaron a medida que aumentó la edad de las personas y alcanzaron su punto máximo en el rango de los 50 a 54 años de edad y luego la tendencia fue al descenso, para luego aumentar nuevamente de los 75 años en adelante (42). Según estimaciones de la OPS en el año 2017 la prevalencia de trastornos depresivos en Colombia fue de 4,7% para un total de 2.177.280 casos (2).

Un estudio colombiano encontró que el 66% de las mujeres participantes tenía sintomatología depresiva en la etapa prenatal y el 57% la tenía en el posparto. Otro estudio encontró que el 22.3% de las mujeres evaluadas tenían un riesgo de depresión perinatal (11). Además, un estudio realizado en Cali Colombia con 149 mujeres en el año 2009, demostró que 46,3% de éstas desarrolló depresión posparto (43).

4.6 Depresión en Antioquia

Según los informes del ministerio de salud, Antioquia es el departamento con mayor prevalencia de depresión (17). En el año 2014 se realizó un estudio con personas residentes en las nueve subregiones del departamento, con el fin de conocer el estado de salud de los adultos mayores, este determinó que la prevalencia del riesgo de tener depresión es de 26,3% distribuidos entre un 16,2% con riesgo leve y el 10,1% muestran riesgo de depresión establecida, la mayor prevalencia de riesgo se registró en las regiones Norte, Suroeste, Occidente y Bajo Cauca (44).

En Medellín, en el año 2009 se realizó un estudio en el cual se observó que, en las adolescentes embarazadas, la prevalencia de depresión fue del 32,8%, mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue del 16,8%. Este estudio indica que las mujeres con mayor apoyo social son las que presentan menores niveles de depresión (45). Otro estudio en el año 2017, en Medellín incluyó a 112 mujeres embarazadas o en posparto inmediato (>3 días) y este determinó una depresión del 22,36% (27). También, en el año 2013 un estudio realizado en Medellín, se incluyó un total de 189 gestantes; la prevalencia de tamizaje positivo para depresión fue de 61,4%(41).

El embarazo es un estresor fisiológico que predispone a ansiedad y depresión. Durante este y el posparto la sintomatología depresiva afecta hasta un 40 % de las gestantes (41). La OMS afirma que los programas escolares para promover pensamiento positivo en niños y adolescentes, las intervenciones dirigidas a padres y niños, y demás programas de prevención son eficaces para reducir la depresión (3).

5. Metodología

A continuación, se describe cuál fue la metodología utilizada para resolver los objetivos planteados al inicio de la investigación.

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo con el fin de identificar la asociación entre algunos factores individuales, familiares, embarazo, violencia, y soporte social con la depresión en mujeres embarazadas que son atendidas en las E.S.E de algunos municipios de Antioquia. Tanto la variable considerada como desenlace y las variables explicativas fueron medidas en el mismo momento.

Este proyecto se realizó a partir de un proyecto macro denominado “Promesa de un futuro mejor” desarrollado por la Universidad de Antioquia en cooperación con la gobernación del departamento que se lleva a cabo mediante un estudio en el que fueron seleccionados de manera aleatoria 16 municipios del departamento de Antioquia; en el Área metropolitana los municipios Copacabana, Girardota, Barbosa, Itagüí, Caldas, y Sabaneta. En el Oriente Guarne, Rionegro, El Carmen de Viboral, Marinilla, El Peñol, Santuario, Retiro, y La Unión, en el occidente Santa Fe de Antioquia y San Jerónimo. De estos, se seleccionaron nueve como grupo intervención y siete como grupo control.

De manera inicial para el reclutamiento de las participantes se llevó a cabo un muestreo aleatorio simple de las madres que se encontraban en el programa de control prenatal y asistían a las instituciones de salud participantes en el estudio, en un corte del estudio se decidió dejar abierto y que participaran todas las mujeres que asistían a control prenatal debido a que los registros de control prenatal estaban sobreestimados y no había la misma cantidad de gestantes.

Inicialmente se pensó una muestra de 2000 niños y sus cuidadores en cada uno de los grupos de estudio, se sensibilizan 3.250 madres, de las cuales aceptaron participar 1.614 y finalmente se seleccionaron para propósitos del estudio una muestra de 675 niños y sus cuidadores en el grupo intervenido y 453 niños en el grupo control. El hecho de no alcanzar la muestra de 2000 no tuvo ningún efecto al momento de desarrollar los objetivos de este estudio, sin embargo, para los objetivos del estudio principal se llevó a cabo un análisis propensity score matching.

5.2 Población objeto

La población objeto estuvo constituida por 1.128 mujeres embarazadas residentes en los municipios de Antioquia que estaban participando en el programa PROMESA.

5.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por las mujeres en embarazo atendidas en las E.S.E. de diferentes municipios de Antioquia pertenecientes al programa “Promesa de un futuro mejor”.

5.4 Unidad de observación

La unidad de observación estuvo conformada por las mujeres en embarazo registradas en la línea base del programa “Promesa de un futuro mejor”.

5.5 Muestra

Se tuvieron en cuenta las 1.128 mujeres embarazadas de diferentes municipios de Antioquia que están registradas en el programa “Promesa de un futuro mejor”.

5.6 Criterios de inclusión

Para realizar este estudio se tuvieron en cuenta todos los registros de la línea base del programa Promesa, correspondiente a mujeres que estuvieran cursando el tercer trimestre del embarazo y fueran atendidas en las E.S.E de los municipios de Antioquia inscritos al programa “Promesa de un futuro mejor”.

Criterios de exclusión: Para dar respuesta a los objetivos de este estudio y realizar los análisis pertinentes se tuvieron en cuenta todos los registros de la línea base, sin embargo, para ingresar al programa, fueron tenidos en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Niños con diagnóstico Encefalopatía Hipóxica Isquémica de cualquier grado, trastornos neurológicos (Malformación cerebral, neuro genéticas), trastornos metabólicos (Errores innatos del metabolismo) o hipotiroidismo congénito, enfermedades degenerativas (Diagnosticados durante primeras semanas del desarrollo).
- Cualquier niño con enfermedad o trastorno que se presente al nacimiento o posteriormente que afecte el desarrollo neurológico del niño (Cognitivo y motor).
- Niños prematuros (con menos de 37 semanas de gestación).

5.7 Fuente de información

Para llevar a cabo esta investigación se realizó análisis secundario de una fuente de información primaria compuesta por toda la información que fue registrada para en los años 2015-2018 en la línea base del programa macro Promesa de un futuro mejor, estructurada en un modelo de base de datos que permite analizar la información desde cualquier software estadístico.

En este estudio se identificaron las madres que estaban cursando el último trimestre del embarazo que asistieron a las instituciones de salud. Este estudio se lleva a cabo en 16 municipios de Antioquia del área metropolitana, el oriente y occidente:

Copacabana, Girardota, Barbosa, Itagüí, Caldas, Sabaneta, Guarne, Rionegro, El Carmen de Viboral, Marinilla, El Peñol, Santuario, Retiro, La Unión, Santa Fe de Antioquia y San Jerónimo.

El instrumento utilizado para la recolección de los datos el proyecto macro parte de 19 módulos de análisis:

Datos sociodemográficos, sobre la vivienda, datos sobre el embarazo, estado de salud durante el embarazo, cómo se siente sobre el embarazo, conflictos con la pareja, historia de la familia de origen, antecedentes de la familia actual, tu familia actual, creencias y actitudes frente a la violencia, creencias sobre la crianza, el barrio, castigo de los niños, maltrato infantil, supervisión e involucramiento de los padres, consumo de sustancias psicoactivas, salud mental, soporte social.

Violencia familiar: se utilizó el test CTS-R 2 del Murray Struss. Este test mide la agresión física y la agresión psicológica entre los miembros de la pareja. A este test se le agregaron algunas preguntas de agresión física

Dinámica y funcionamiento familiar: se usó el test FACES IV. Este test fue diseñado y validado por Olson D, et al., mide el denominado “Circumplex Model of Marital and Family Systems” y consiste en tres constructos para la comprensión del funcionamiento familiar, La cohesión que se ha definido como el grado de vinculación emocional que tienen los miembros de la familia. La flexibilidad de la familia se define como la calidad y la expresión de la dirección y organización, relación de roles, reglas y negociaciones dentro de las relaciones. La comunicación se define como las capacidades de comunicación positivas. Este instrumento fue validado y completado en Colombia por Hernández A, et al. y se ha denominado “¿cómo es tu familia?” En este instrumento se encuentra medido la tipología de familia, los constructos de tipo de relaciones

Depresión y consumo de alcohol: Se usa el test Patient Health Questionnaire (PHQ) diseñado por Pfizer. Para el presente proyecto se usa la escala validada en español y se usan los constructos que miden trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizado y trastornos por consumo de alcohol. Los síntomas de depresión fueron agrupados en los niveles:

Depresión mínima: puntaje <10

Depresión leve: puntaje entre 10 – 14

Depresión moderada: puntaje entre 15 – 19

Depresión grave o severa: puntaje entre: 20 – 27

Estos valores están basados en la escala PHQ, el cuestionario de salud del paciente (PHQ) es una herramienta de diagnóstico para trastornos de salud mental, es un módulo de la PRIME-MD sobre la depresión con ítems ajustados a los criterios del DSM-IV.

Para variables como: consumo de otros psicoactivos, consumo de tabaco, antecedentes de la familia de origen, estresores familiares personales, se tuvo en cuenta cuestionarios desarrollados por el programa PREVIVA que habían sido utilizados en investigaciones anteriores

5.8 Control de sesgos

Sesgo de información: teniendo en cuenta que se realizó a partir de bases de datos registradas, puede ocurrir que la calidad del dato haya sido afectada por errores de digitación al momento del registro, es posible que las personas hayan incluido valores no permitidos o información errónea ya sea por falta de claridad, o por diligenciamiento inadecuado, lo que puede generar inconvenientes en el análisis de las diferentes variables con la depresión. El control de este tipo de inconvenientes es ajeno a las posibilidades de esta investigación, por lo cual antes de efectuar los análisis se realizó un análisis de calidad y depuración de la información, aun teniendo en cuenta que este sesgo se trató de controlar desde el proyecto macro con la capacitación del personal que recolecto la información y la realización de informes semanales de pérdidas e inconsistencias en preguntas, estos errores se corrigen cuando eran errores de digitación.

Los sesgos de muestra no serán controlados para esta investigación, ya que se tuvieron en cuenta todos los registros que hay en la base de datos de la línea base del programa Promesa. Sin embargo, este sesgo tuvo su respectivo control desde el proyecto macro.

5.9 Variables

Variable desenlace: Depresión

- Poco interés o placer en hacer cosas
- Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas
- Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado
- Se ha sentido cansado(a) o con poca energía Sin apetito o ha comido en exceso
- Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia
- Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión
- ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal
- Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera

Opciones de respuesta:

1. ningún día
2. varios días
3. más de la mitad de los días
4. Casi todos los días

Puntuaciones

- Depresión mínima: puntaje <10
- Depresión leve: puntaje entre 10 – 14
- Depresión moderada: puntaje entre 15 – 19
- Depresión grave o severa: puntaje entre: 20 – 27

Tabla 1. Lista de variables

Variables explicativas	
Datos demográficos	Edad (se categorizo según las cúspides reproductivas en Antioquia)
Preguntas referentes a la madre	Escolaridad, ocupación, estado civil, entre otros.
Descripción de la vivienda	Tipo de vivienda, estrato, servicios públicos, desplazamiento, tipo de familia, entre otros.
Datos del embarazo	Enfermedades que ha padecido, número de embarazos, abortos, entre otros.
Estado de salud	Diagnóstico de enfermedades
Cómo te sientes sobre el embarazo	Embarazo planeado, quedo embarazada porque fallo el método, entre otros.
Violencia en la pareja	¿Alguna vez ha sufrido violencia de pareja? ¿En los últimos 12 meses sufrió violencia de pareja?
Historia de la familia de origen	
Antecedentes de la familia actual	
Funcionamiento de la familia actual	
Consumo	Fuma, consumo de licor, consumo de sustancias psicoactivas

En la tabla anterior se encuentran registradas de forma resumida el contenido general de las variables que serán utilizadas para el desarrollo de esta investigación, de igual forma en el anexo 1 se encuentran todas las variables con su respectiva operacionalización.

5.10 Análisis

Para el cumplimiento de los objetivos planteados se llevó a cabo el siguiente análisis.

5.10.1 Depuración de la base de datos

Luego de tener la base de datos es importante identificar las variables que contiene y cuáles de estas son las que se van a usar para la ejecución de este estudio, se realizó depuración de la base de datos para identificar los posibles errores e inconsistencias, se realizaron las correcciones pertinentes, como: eliminación de registros incompletos, imputación de los registros faltantes cuando aplicaba, eliminación de registros que por diferentes razones estaban incluidos en los criterios de exclusión (madres con embarazo de alto riesgo, bebés con trastornos, entre otros), estas fueron sacadas de la muestra y tuvieron un tratamiento diferente, se realizó un análisis focal para el proyecto macro, para los objetivos de este estudio no aplica.

5.10.2 Calidad de los datos

Se verificó la calidad de los datos, a través del análisis estadístico exploratorio, utilizando las frecuencias de las variables utilizadas al igual que los valores perdidos, se encontró que se utilizaron varios instrumentos ya validados, pero con un número de preguntas que la gente respondió no sabe, porque eran incómodas o no la entendían.

5.10.3 Recodificación de las variables

Se realizó recodificación en algunas variables según lo requerido para realizar análisis de la forma adecuada. La variable desenlace se usó agrupada en los niveles de depresión leve, depresión moderada y depresión severa.

Tabla 2. Análisis

Objetivo	Variables	Análisis	Presentación
1. Describir las características sociodemográficas de las mujeres participantes en el estudio	Edad, Estado civil, nivel educativo, empleo, desplazamiento.	Tablas de frecuencia, contingencia e intervalos de confianza para la proporción y la media con un nivel de confianza del 95%.	Tablas
2. Definir las características de los factores individuales, familiares, del embarazo, violencia y soporte social de las mujeres según la edad de la madre.	Cómo te sientes sobre el embarazo, Violencia en la pareja, Historia de la familia de origen, Antecedentes de la familia actual, Funcionamiento de la familia actual, Consumo, Soporte social	Tablas de frecuencia, contingencia e intervalos de confianza para la proporción y la media con un nivel de confianza del 95%.	Tablas
3. Identificar la prevalencia de depresión en las mujeres según algunas variables demográficas (edad, nivel educativo y estrato).	Variable desenlace: Depresión	Tablas de frecuencia, contingencia e intervalos de confianza para la proporción y la media con un nivel de confianza del 95%.	Tablas
4. Determinar la asociación entre algunos factores individuales, familiares, embarazo, violencia y soporte social con depresión.	Cómo te sientes sobre el embarazo, violencia en la pareja, historia de la familia de origen, antecedentes de la familia actual, funcionamiento de la familia actual, consumo, soporte social	Análisis de correspondencia múltiple, contribuciones, residuales.	Gráficos y/o Figuras

5.10.4 Análisis estadístico

Para responder a los objetivos específicos uno, dos y tres se realizaron tablas de frecuencia, contingencia e intervalos de confianza para la proporción con un nivel de confianza del 95%.

Para el objetivo cuatro, se realizó un análisis de correspondencia múltiple, que es una técnica estadística utilizada para analizar, desde un punto de vista gráfico, las relaciones de dependencia e independencia de un conjunto de variables, se realizó, además, análisis de residuales y análisis de contribuciones de las variables estudiadas.

5.10.5 Procesamiento de la información

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el software IBM SPSS Statistics 22®, para recodificación, tablas de frecuencias, tablas de contingencia e intervalos de confianza, además, se creó un algoritmo en R statistics 4.1.0 para realizar análisis de correspondencia múltiple, gráficos de residuales y contribuciones. Para la presentación de la información se utilizó el procesador de texto Microsoft Word, hojas de cálculo Excel para realizar los gráficos y tablas, y para imágenes y diapositivas Power Point que facilitan la visualización de los resultados.

6. Consideraciones éticas

La presente Investigación de acuerdo a la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud de Colombia, se considera como una Investigación sin riesgo, puesto que no se realizó ninguna intervención o modificación en las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos.

Esta investigación se acoge a la normatividad sobre investigación con seres humanos, según la declaración de Helsinki, entendiendo que, si bien el objetivo de la investigación es generar nuevo conocimiento este objetivo, nunca va a estar por encima de los derechos y de los intereses de la persona que participa en la investigación.

Se tuvo presente los artículos 2, 3, 5, y 8 al 15 de la Declaración Universal sobre ética y derechos humanos adoptada el 19 de octubre de 2005, en tanto dentro de su art. 2, sus objetivos en su literal c) propende por la promoción del respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos; de igual forma se propende por la dignidad y los derechos humanos que implican el pleno respeto por la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como la necesidad de tener presente que los intereses de la persona (en este caso la mujer gestante) deben tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia y la sociedad.

Se garantizó la confidencialidad de la información, respeto a la dignidad, privacidad y bienestar del participante, el personal encargado de la recolección de los datos fueron auxiliares de enfermeras que se capacitaron en temas como: la aplicación de los diferentes instrumentos, estandarización de la evaluación antropométrica, marco normativo del tratamiento de datos personales, reserva estadística, inducción a normas particulares e internas de las instituciones, sensibilización y trato respetuoso al paciente. Además, los datos fueron recogidos en medio digital por medio de un formulario, estos se almacenaron en el servidor de forma encriptada bajo los estándares de seguridad de este y solo el investigador principal tenía acceso a datos como identificación del paciente y esta información no estaba contenida en la base de datos que se utilizó para este estudio.

Esta investigación fue presentada ante el comité de ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

7. Resultados

Características sociodemográficas de las mujeres en el estudio.

Según las características sociodemográficas de la población se encontró que la edad de las madres un 63% oscila entre los 14 y 25 años, y un 35% entre los 26 y 40 años y el 63% de las mujeres tenían pareja. (Tabla 3)

El 60% estudió hasta secundaria completa y 32% tienen estudios de nivel Superior. Además, 74% eran empleadas, el 26% no tenía trabajo. (Tabla 3)

Se evalúa el tipo de familia de las mujeres participantes en el estudio y se encontró que el 53% pertenecen a una familia nuclear, es decir, padre, madre e hijos, además, se indagó sobre si la familia se considera desplazada al cual el 19% respondieron afirmativamente encontrarse en esa situación (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de características sociodemográficas.

Edad de la madre	Entre 14 y 25	63% (60,9 - 66,6)
	Entre 26 y 40	35% (32,6 - 38,2)
	Mayor de 41	0,9% (23,78 - 24,50)
	Edad promedio	24 (0,4 - 1,6)
Estado civil	Sin pareja	36% (33,7 - 39,4)
	Con pareja	63% (60,6 - 66,3)
Nivel educativo de la madre	No asistió	0,1% (0,0 - 0,5)
	Primaria	6% (5,3 - 8,3)
	Secundaria	60% (58,0 - 63,8)
	Superior	32% (29,6 - 35,2)
Empleo	No trabaja	26% (23,3 - 29,4)
	Obrero o empleado	74% (70,6 - 76,7)
Tipo de familia	Monoparental materna	10% (9,1 - 12,9)
	Nuclear	53% (50,5 - 56,4)
	Extensa	18% (16,0 - 20,6)
	Extendida	4% (3,4 - 5,9)
	Compuesta	9% (7,4 - 10,8)
	Unipersonal	4% (2,9 - 5,3)
Desplazamiento	No	80% (78,5 - 83,2)
	Si	19% (16,8 - 21,5)

*Todas las cifras están expresadas en porcentajes (%).

Para aquellas características de la vivienda se puede afirmar que la mayoría de mujeres viven en un lugar propio o arrendado, en un estrato socioeconómico bajo es decir 1 y 2. También se puede afirmar que estas viviendas se encuentran conectadas legalmente con servicios de energía eléctrica, servicios de alcantarillado y acueducto (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de características de la vivienda.

Estrato social y económico	Bajo	81% (79,4 - 84,0)
	Medio	18% (16,0 - 20,6)
La vivienda donde vive el niño (a) es	Propia	44% (41,5 - 47,4)
	Arrendada	44% (42,0 - 47,9)
	Prestada	10% (8,8 - 12,5)
La vivienda cuenta con servicios de energía eléctrica	Si	99% (98,5 - 99,6)
	No	0,8% (0,4 - 1,5)
La vivienda cuenta con servicio de alcantarillado	Si	81% (79,2 - 83,8)
	No	18% (16,2 - 20,8)
La vivienda cuenta con servicios de acueducto	Si	93% (91,7 - 94,7)
	No	7% (5,3 - 8,3)

*Todas las cifras están expresadas en porcentajes (%).

En cuanto a la atención en salud se determinó que el 70% de las mujeres eran atendidas en el régimen subsidiado y 25% en el régimen contributivo, 4% de éstas no tenían afiliación a salud, además, 78% de éstas estaban aseguradas como beneficiarias y 22% como cotizantes (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de características de afiliación al sistema de salud.

¿Cuál es el nivel de Sisbén al que pertenece?	Nivel 0	7% (5,8 - 9,0)
	Nivel 1	40% (37,2 - 43,1)
	Nivel 2	39% (36,0 - 41,9)
	Nivel 3	11% (9,3 - 13,1)
	No tiene	2% (1,7 - 3,6)
	Usted es atendida en los servicios de salud por medio de:	Régimen contributivo
Régimen subsidiado		70% (67,1 - 72,6)
Régimen especial		0,5% (0,2 - 1,1)
No tengo		4% (3,4 - 5,9)
Usted está asegurado como:		Cotizante
	Beneficiario	78% (74,8 - 81,7)

*Todas las cifras están expresadas en porcentajes (%).

2. Características de los factores individuales, familiares, del embarazo, violencia y soporte social de las mujeres según la edad de la madre.

En cuanto al embarazo las mujeres entre 14 y 25 reportan que este es su primer embarazo en general, las mujeres de 26 a 40 en su mayoría están en su segundo embarazo y las mujeres mayores de 40 tienden a reportar que este es su tercer embarazo. Se observó que el 2% de las mujeres menores de 25 años reportaron al menos un aborto en la vida.

Además, se observó una mayor frecuencia de enfermedades como hipertensión gestacional, diabetes gestacional, sífilis gestacional, infección del tracto urinario, placenta previa y anemia durante el embarazo, en las mujeres mayores de 41 años, el 80% éstas mujeres manifestaron haber padecido al menos 1 de estas enfermedades (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de estado de salud durante el embarazo.

	Entre 14 y 25	Entre 26 y 40	Mayor de 41	Total
Promedio de embarazos en la vida	1,2 (-3,1 - 5,6)	2,0 (1,8 - 2,1)	3,0 (1,3 - 4,6)	3,4 (0,6 - 6,2)
¿Has tenido algún aborto?	1,9% (1,9 - 1,9)	0,0% (0,0 - 0,0)	0,0% (0,0 - 0,0)	0,1% (0,1 - 0,1)
Al menos una enfermedad en el embarazo	8,6% (5,7 - 12,4)	9,2% (5,1 - 15,0)	80,0% (28,4 - 99,5)	9,0% (6,5 - 11,9)
Total	719	399	10	1128

En relación al embarazo se observó un mayor porcentaje de embarazos planeados en las mujeres de 14 a 25 y 26 a 40 años, de las mujeres mayores de 41 el 2% planearon su embarazo. Además, un 5% de mujeres entre 14 a 25 años manifestó haber quedado en embarazo porque falló el método de planificación, con relación al apoyo familiar un 9% de mujeres entre 25 a 40 años, manifestó rabia e insultos por parte de su familia y no tener apoyo de su pareja en el momento de la gestación (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de planeación del embarazo y apoyo familiar durante el embarazo según grupos de edad y total.

	Entre 14 y 25	Entre 26 y 40	Mayor de 41	Total
¿Tu planeaste este embarazo?	8,8% (5,9 - 12,5)	8,7% (5,6 - 12,9)	2,0% (1,1 - 2,8)	9% (6,7 - 11,5)
¿Quedaste embarazada porque falló el método de planificación?	5% (-0,0 - 10,0)	2% (1,8 - 2,1)	2% (0,4 - 3,5)	1,5% (1,5 - 1,6)
Apoyo familiar durante el embarazo	8% (2,8 - 18,7)	9% (1,2 - 30,4)	0 (0,0 - 0,0)	8% (3,5 - 17,0)
Total	719	399	10	1128

*Todas las cifras están expresadas en porcentajes (%).

En cuanto a la victimización por violencia en la vida y en los últimos 12 meses, en todas las categorías se observó un porcentaje más alto en las mujeres de 26 a 40 años seguido del grupo de edad 14 a 25 años, en las mujeres mayores de 41 años solo se evidenció violencia psicológica en un 10% de éstas (Tablas 8 y 9).

Tabla 8. Tabla 4. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de características de la vivienda.

	Entre 14 y 25	Entre 26 y 40	Mayor de 41	Total
agresión verbal en la vida	16% (12,7 – 18,8)	26% (20,9 – 30,7)	0 (0,0 – 0,0)	19% (16,5 - 21,8)
agresión psicológica en la vida	22% (18,9 – 25,9)	33% (27,8 – 38,4)	10% (16,9 – 36,9)	26% (23,1 – 29,0)
agresión física sin lesión en la vida	5% (3,4 – 7,2)	7% (3,7 – 9,3)	0 (0,0 - 0,0)	6% (4,1 - 7,2)
agresión física con lesión en la vida	2% (0,7 - 2,9)	3% (1,1 – 4,9)	0 (0,0 - 0,0)	2% (1,2 – 3,2)
situación control en la vida	33% (28,6 – 36,5)	42% (36,8 – 47,9)	0 (0,0 - 0,0)	36% (32,5 - 38,9)
agresión sexual en la vida	1% (-0,1 – 1,2)	0 (-0,3 - 0,8)	0 (0,0 - 0,0)	0 (0,0 - 0,9)
Total	719	399	10	1128

*Todas las cifras están expresadas en porcentajes (%).

Tabla 9. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de victimización alguna vez en los últimos 12 meses según grupos de edad y total.

	Entre 14 y 25	Entre 26 y 40	Mayor de 41	Total
agresión verbal en el último año	12% (9,1 - ,14,5)	16% (11,7 – 19,9)	0 (0,0 - 0,0)	13% (10,9 - 15,4)
agresión psicológica en el último año	19% (15,5 - 22,0)	26% (21,1 - 31,0)	10% (-16,9 - 36,9)	21% (18,5 - 24,0)
agresión física sin lesión en el último año	4% (2,1 - 5,2)	3% (1,3 – 5,3)	0 (0,0 - 0,0)	3% (2,2 – 4,7)
agresión física con lesión en el último año	1% (2,0 – 1,8)	1% (0,0 – 2,5)	0 (0,0 - 0,0)	1% (0,4 – 1,7)
situación control en el último año	25% (21,8 – 29,1)	29% (23,7 – 33,9)	0 (0,0 - 0,0)	26% (23,5 – 29,4)
agresión sexual en el último año	0% (-0,1 – 1,0)	0 (-0,3 - 0,8)	0 (0,0 - 0,0)	0 (0,0 - 0,8)
Total	719	399	10	1128

*Todas las cifras están expresadas en porcentajes (%).

Referente al consumo de alcohol alguna vez en la vida se encuentra un mayor consumo en las mujeres de 26 a 40 años seguido de las mujeres de 14 y 25 con un porcentaje de 68 y 63% respectivamente, el consumo de cigarrillo en la vida es más alto en las mujeres mayores de 41 años con un porcentaje de 20% y sobre el consumo de otras sustancias se observó un porcentaje mayor en las mujeres de 14 a 25 años (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de Consumo de sustancias alguna vez en la vida y total.

	Entre 14 y 25	Entre 26 y 40	Mayor de 41	Total
Consumo de alcohol cualquier cantidad de licor en la vida	63% (59,0 – 67,0)	68% (62,7 - 73,3)	40% (-4,2 - 84,2)	65% (61,5 - 67,9)
Consumo de cigarrillo en la vida	3% (-1,5 - 7,3)	14% (10,1 - 17,9)	20% (-15,7 - 55,7)	1,9% (-88,2 - 4,7)
Consumo de sustancia en la vida	13% (10,2 - 15,8)	6% (3,3 - 8,7)	10% (-17,2 - 37,2)	10% (8,2 - 12,2)
Total	719	399	10	1128

*Todas las cifras están expresadas en porcentajes (%).

En la familia de origen se encontró que un 67% de las mujeres mayores de 41 años habían pasado por alguna situación estresante en su familia en los últimos 12 meses, se evidenció también mayor afecto y comunicación por parte de la madre en el grupo de 14 a 25 años, castigo verbal y vigilancia y supervisión en el grupo de 26 a 40 años. Respecto al padre se halló afecto y comunicación mayor en el grupo de 14 a 25 años, castigo en el grupo de edad mayor a 41 y, vigilancia y supervisión en el grupo de edad de 26 a 20 años (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de la historia de la familia de origen y total.

	Entre 14 y 25	Entre 26 y 40	Mayor de 41	Total
Estresores familiares	55% (50,2 - 58,8)	56% (50,2 - 61,8)	67% (21,1 - 112,9)	55% (51,6 - 58,5)
afecto y comunicaci3n con la madre	37% (37,0 - 38,2)	36% (35,7 - 37,4)	29% (21,6 - 38,1)	37% (36,7 - 37,7)
castigo verbal de la madre	6% (6,6 - 7,0)	7% (7,0 - 7,6)	7% (4,5 - 10,0)	7% (6,8 - 7,1)
vigilancia y supervisi3n de la madre	13% (13,3 - 13,8)	14% (13,8 - 14,4)	12% (8,7 - 16,2)	13% (13,6 - 13,9)
afecto y comunicaci3n con el padre	31% (30,8 - 32,6)	31% (30,4 - 32,7)	29% (17,7 - 41,1)	31% (30,9 - 32,3)
castigo verbal del padre	5% (5,5 - 6,0)	6% (5,8 - 6,4)	7% (3,1 - 11,0)	5% (5,7 - 6,1)
vigilancia y supervisi3n del padre	11% (10,8 - 11,6)	11% (11,2 - 12,2)	11% (6,5 - 15,8)	11% (11,1 - 11,7)
Total	719	399	10	1128

*Todas las cifras est3n expresadas en porcentajes (%).

Frente al soporte social, se encontr3 un porcentaje m3s alto de afecto, comunicaci3n, integraci3n, compromiso familiar en el grupo de 26 a 40 a1os, adem3s, se observ3 que el apego a las normas y consecuencias, la flexibilidad familiar y adaptabilidad tienen un comportamiento similar en todos los grupos de edad (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de soporte social y total.

	Entre 14 y 25	Entre 26 y 40	Mayor de 41	Total
Factorial afecto familiar	16% (15,4 - 15,8)	16% (15,9 - 16,4)	16% (13,0 - 18,1)	16% (15,6 - 16,0)
Factorial comunicación familiar	40% (39,1 - 40,2)	41% (40,1 - 41,5)	40% (34,5 - 45,0)	40% (39,6 - 40,5)
Factorial integración familiar	28% (27,2 - 27,9)	28% (27,8 - 28,6)	28% (25,8 - 30,1)	28% (27,6 - 28,1)
Factorial Compromiso familiar	42% (41,1 - 42,2)	42% (41,8 - 43,1)	42% (35,7 - 48,2)	42% (41,5 - 42,3)
Factorial normas y consecuencias en la familia	14% (14,0 - 14,6)	14% (14,2 - 14,9)	13% (9,9 - 15,2)	14% (14,2 - 14,6)
Factorial flexibilidad	19% (19,1 - 19,7)	18% (18,1 - 19,0)	19% (14,6 - 23,5)	19% (18,8 - 19,3)
Factorial adaptabilidad	14% (13,3 - 14,0)	13% (12,5 - 13,4)	15% (9,8 - 20,3)	13% (13,1 - 13,7)
Total	719	399	10	1128

*Todas las cifras están expresadas en porcentajes (%).

3. Prevalencia de depresión en las mujeres según algunas variables demográficas (edad, nivel educativo y estrato).

En el estudio se determinó que todas las mujeres tuvieron algún tipo de depresión. Los niveles de depresión considerados fueron cuatro (leve, moderado, severa) (Tabla 13).

Se determinó que el rango de edad en los cuales se presenta mayor depresión en todos los niveles mencionados anteriormente es entre 14 y 25 años, seguido de 26 y 40 años igualmente en todos los niveles (Tabla 13).

Se evidencia también que las mujeres con un nivel de educación secundaria un 69% presentan un nivel de depresión severa y las mujeres con nivel de educación superior un 54% presentan una depresión severa (Tabla 13).

Respecto al estrato social y económico se encontró que las mujeres en estrato bajo son las que más depresión presentan en todos los niveles, leve 84%, moderado 79%, grave 80% (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución porcentual e intervalos de confianza al 95%, de prevalencia de depresión, según edad, nivel educativo, estrato social y total.

		Nivel de Depresión			
Variable	Categoría	Mínima	Leve	Moderado	Severa
Edad de la madre	Entre 14 y 25	0% (0,0 – 0,0)	62% (58,1 - 65,7)	66% (61,5 - 70,9)	66% (52,6 - 77,9)
	Entre 26 y 40	0% (0,0 – 0,0)	37% (33,4 - 41,0)	33% (28,3 - 37,8)	34% (22,1 - 47,4)
	Mayor de 41	0% (0,0 – 0,0)	1% (0,3 - 2,0)	0,7% (0,2 - 2,2)	0
Nivel educativo de la madre	Primaria	0% (0,0 – 0,0)	6% (4,0 - 7,7)	7,5% (5,1 - 10,5)	14% (6,0 - 25,0)
	Secundaria	0% (0,0 – 0,0)	58% (54,4 - 62,1)	64% (59,4 - 69,0)	69% (56,1 - 80,8)
	Superior	0% (0,0 – 0,0)	36% (32,4 - 39,9)	28% (23,6 - 32,6)	17% (8,4 - 29,0)
Estrato social y económico	Bajo	0% (0,0 – 0,0)	84% (80,5 - 86,3)	79% (75,0 - 83,2)	80% (67,2 - 89,0)
	Medio	0% (0,0 – 0,0)	16% (13,5 - 19,3)	21% (16,8 - 25,0)	20% (11,0 - 32,8)
Depresión	Total	0	657 (58,2%)	401 (35,5%)	59 (5,2%)

*Todas las cifras están expresadas en porcentajes (%).

4. Determinar la asociación entre algunos factores individuales, familiares, embarazo, violencia y soporte social con depresión.

Factores demográficos.

Se analizó en el constructo demográfico las variables: edad, estado civil, nivel educativo, desplazamiento, tipo de familia, estrato social y económico, y empleo. Se pudo observar que tener 18 o menos años es un factor que influye en un nivel de depresión severa, también el no tener pareja, tener primaria como nivel educativo, y tener una familia unipersonal. Las mujeres con depresión moderada reportaron desplazamiento, pertenecer a una familia nuclear, nivel socioeconómico medio, educación secundaria se observó una frecuencia superior a la esperada, se observó en las mujeres con depresión leve nivel educativo superior y familia compuesta (Figura 1).

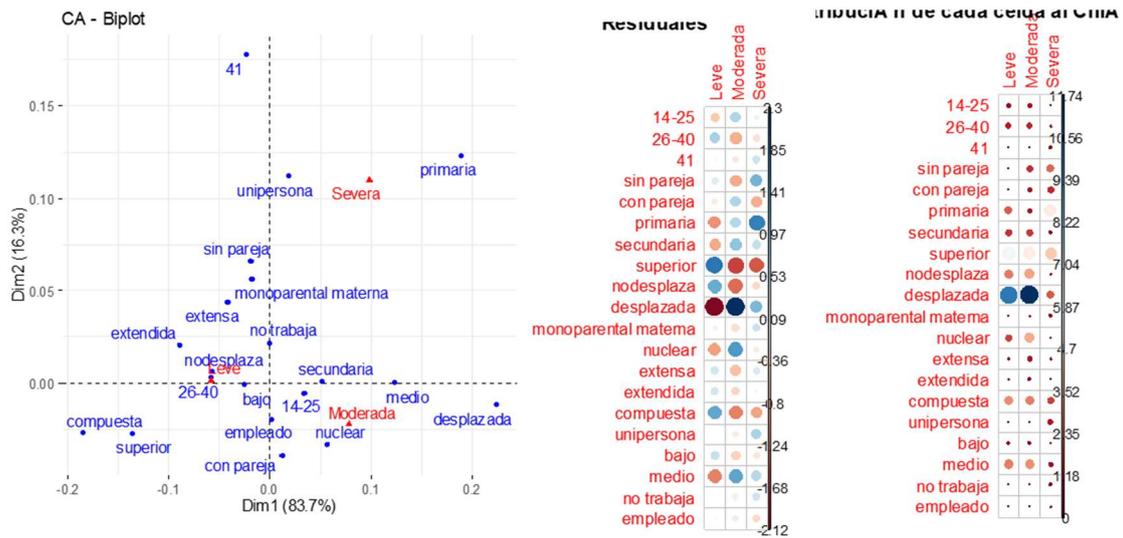


Figura 1. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores demográficos asociados a la depresión.

Factores individuales.

En el constructo de factores individuales se analizó si la mujer ha consumido alcohol u otras sustancias, si ha tenido abortos previos, y si durante el embarazo ha sido diagnosticada con enfermedades como preeclampsia, diabetes, si ha tenido amenaza de parto prematuro, infección de tracto urinario, anemia o restricción de crecimiento intrauterino.

Las mujeres que presentaron depresión grave, reportaron una frecuencia observada superior a la esperada en consumo de cigarrillo, otras sustancias, amenaza de parto prematuro e infección de tracto urinario.

En las mujeres con depresión moderada se reportó una frecuencia observada inferior a la esperada en consumo de alcohol, abortos previos e infección de tracto urinario (Figura 2).

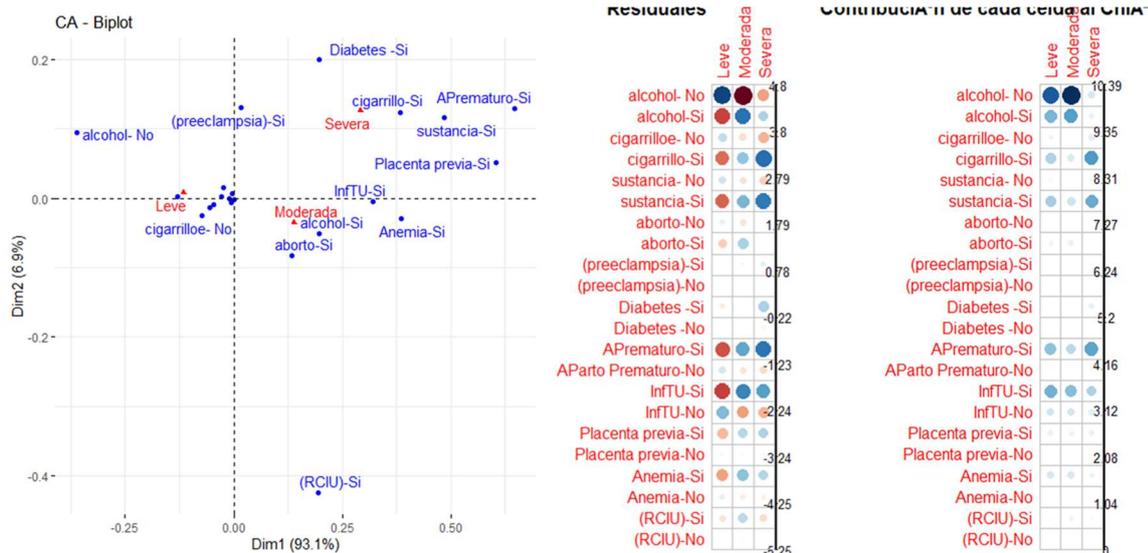


Figura 2. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores individuales asociados a la depresión.

Factores de violencia.

Se analizaron los constructos de violencia en la vida y en el último año, en el primero en las mujeres que tuvieron depresión moderada, en todas las categorías estudiadas reportaron una frecuencia observada superior a la esperada, teniendo mayor nivel de correlación la agresión física y la agresión verbal, respecto a las mujeres que presentaron depresión leve en todas las categorías de violencia estudiadas que reportaron una frecuencia observada inferior a la esperada. Además, según lo observado en el análisis de violencia en la vida se encontró una correlación superior entre la depresión severa con la agresión física y psicológica (Figura 3).

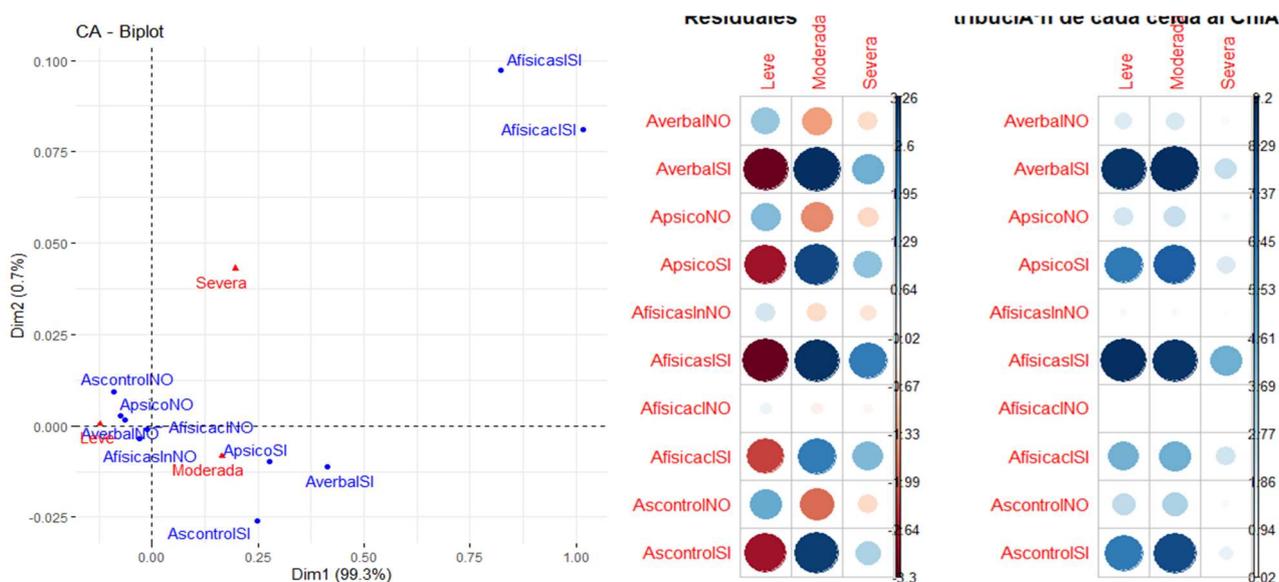


Figura 3. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores de violencia en el último año asociados a la depresión.

Los factores que más pesan para tipificar esta categoría son: la agresión física sin lesión en la vida, la agresión psicológica en la vida, agresión verbal en la vida y situaciones control en la vida (Ver figura 4).

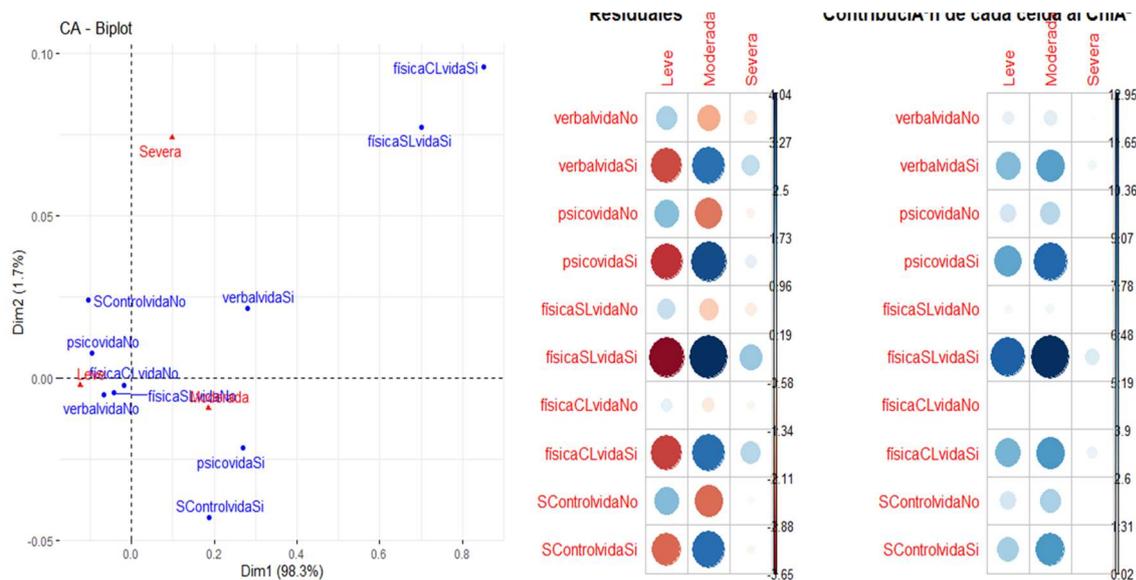


Figura 4. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores de violencia en la vida asociados a la depresión.

Factores de funcionamiento de la familia actual.

Las mujeres que presentan nivel alto de depresión reportan conjuntamente una adaptabilidad y flexibilidad familiar alta, en contraste con los niveles de afecto, compromiso y comunicación que son reportados como bajos, así mismo el nivel de violencia reportado por estas mujeres es alto. Las mujeres con depresión moderada reportan presencia de estresores familiares, baja integración familiar y apego a normas del hogar, todo esto acompañado de un nivel de compromiso familiar medio. Las mujeres con niveles de depresión bajo presentan en sus familias altos niveles de comunicación, integración y apego a normas familiares, no reportan la presencia de estresores y sus niveles de flexibilidad y adaptación son moderados y bajos.

Los factores que más pesan para tipificar esta categoría son niveles bajos de afecto, comunicación, integración y apego a las normas familiares. así mismo la presencia de estresores familiares y violencia moderada (Figura 5).

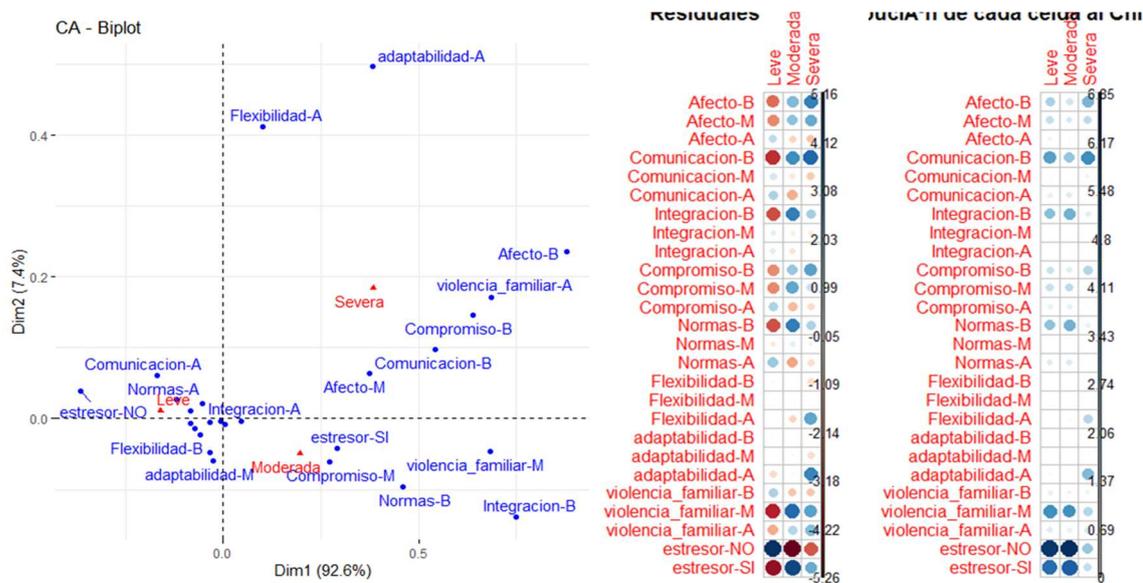


Figura 5. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores de familia actual asociados a la depresión.

Factores de familia de origen.

Se analizó el constructo familia de origen, para conocer a cerca de la niñez de la mujer, esto nos permite conocer la relación de la encuestada con el padre y la madre, ya que esto es importante y determinante para perfilar los comportamientos y personalidad de las personas, se analiza afecto, comunicación, castigo, vigilancia y supervisión.

En las mujeres con depresión moderada se observó bajo afecto y comunicación con la madre y castigo verbal alto por parte de la madre, por parte del padre afecto y comunicación medio, al igual que vigilancia y supervisión bajas, estuvieron asociadas con altos niveles de depresión, además, se observaron niveles de depresión más altos en mujeres que tuvieron más de dos figuras tanto maternas como paternas (Figura 6).

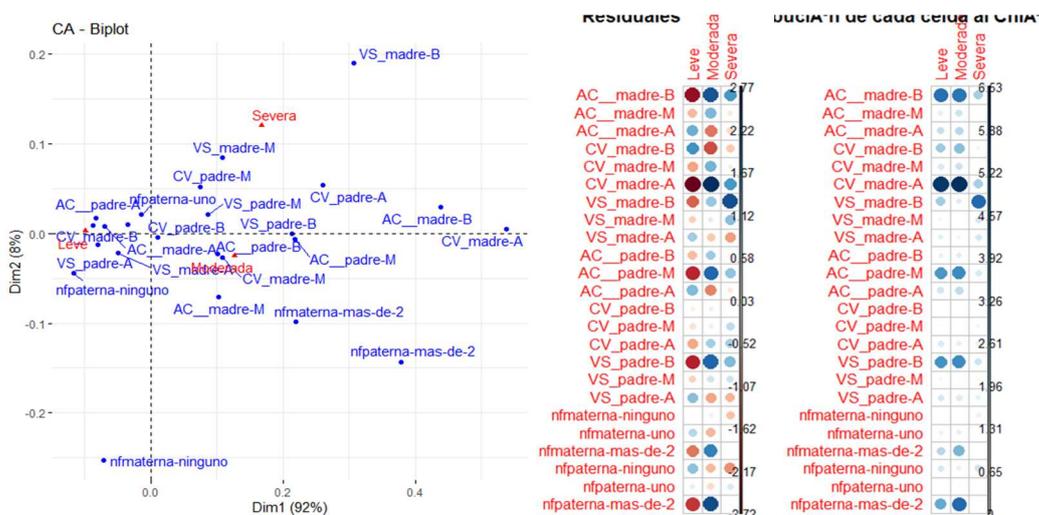


Figura 6. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores de familia de origen asociados a la depresión.

Factores de soporte social.

En el constructo soporte social se analizó el apoyo que ha recibido la mujer desde el nivel emocional, familiar y externo. Las mujeres con depresión severa y moderada reportan bajo apoyo familiar, las mujeres con depresión leve reportan apoyo familiar alto (Figura 7).

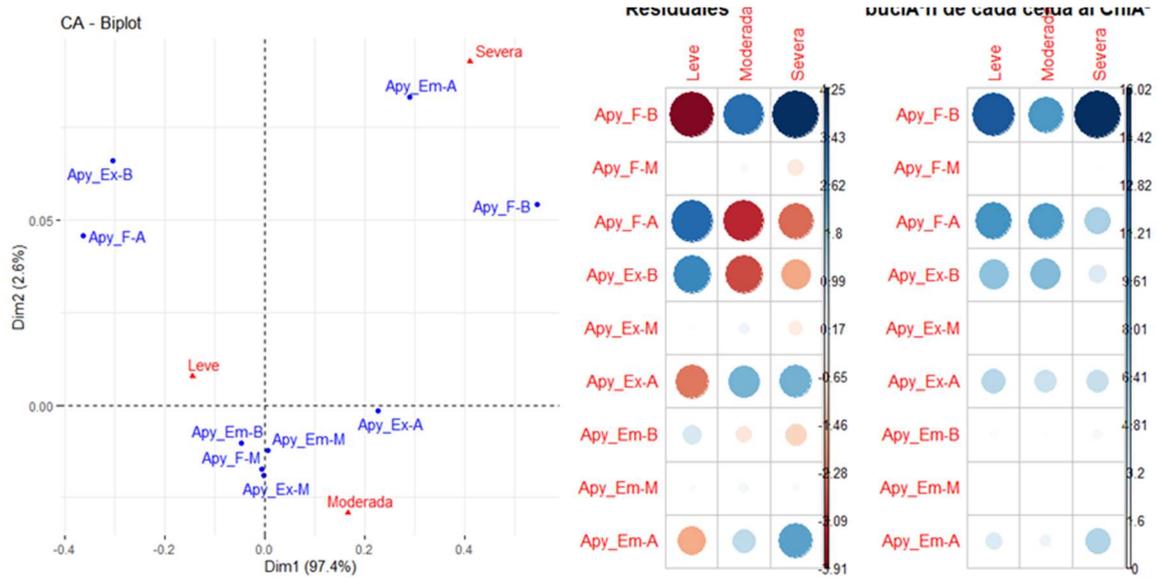


Figura 7. Análisis de correspondencia múltiple, residuales y contribuciones, resultado factores de soporte social asociados a la depresión.

8. Discusión

En respuesta al principal objetivo de esta investigación, se determinó que la depresión en las mujeres embarazadas tiene relación con algunas variables sociodemográficas como son: la edad, el nivel educativo y situación de desplazamiento, también con algunos factores individuales como el consumo de alcohol, cigarrillo u otras sustancias, además de haber padecido alguna enfermedad como amenaza de parto prematuro, esta es altamente relacionada con la depresión según diferentes estudios realizados, además, se encontró relación con factores familiares, factores relacionados con violencia y soporte social.

Las mujeres participantes en el estudio tenían su primer hijo o eran madres muy jóvenes con una edad promedio de 24,1. En Colombia la ENDS del año 2015 determinó que el rol reproductivo de las mujeres inicia a los 21.5 años, para el año 2017 en Colombia, el 72,1% de los nacimientos fueron de mujeres con una edad entre 15 a 29 años (46). Un estudio realizado en Colombia estimó que la edad promedio de las mujeres para tener su primer hijo es de 22 años. Esto se puede considerar como una fortaleza de la intervención ya que esta se focalizó en las madres con menor experiencia en la crianza y educación de sus hijos.

Se observó que 3 de cada 5 mujeres solo tenían nivel de educación secundaria, según la ENDS 2015 en Colombia la fecundidad es mayor en los niveles más bajos de educación, la tasa global de fecundidad en esta según el nivel educativo fue 3,0 para mujeres con primaria y 2,1 para mujeres con educación secundaria (46). La educación ha sido uno de los determinantes más importantes, que cada vez influye más en las costumbres, prácticas y decisiones acerca del rol reproductivo de las mujeres.

En cuanto a la familia actual, factores como; niveles bajos de afecto, comunicación, integración, apego a las normas familiares, fueron factores reportados por mujeres con depresión moderada. Un estudio realizado en Bucaramanga en mujeres embarazadas reportó que el 71,3% de éstas tenía algún grado de disfunción familiar (14). La disfunción familiar es un problema de alta prevalencia en la sociedad actual, esta es la puerta de entrada a diversos tipos de violencia intrafamiliar, una deficiente integración sociocultural, lo que puede inducir a un deterioro progresivo del sistema familiar.

La presencia de algunos estresores familiares (enfermedad propia o de algún familiar, pérdidas o separaciones, pérdida de empleo, dificultades económicas, desplazamiento, entre otros.) son altamente significativos al momento de relacionarlos con la depresión en las mujeres embarazadas, encontramos las mujeres con depresión moderada/severa presentó alguna de estas características. Un estudio realizado en Cali Colombia, tuvo como resultado que factores estresantes psicosociales como los grandes acontecimientos vitales negativos y/o catastróficos en la comunidad, además de ser unos factores de riesgo importantes para predecir depresión favorecen el riesgo de prematuridad (47). Observar el comportamiento de la familia y las situaciones que pasan sirve para tener una visión integrada de las interacciones actuales, la funcionalidad de la familia, permitiendo la comprensión del entorno y el contexto para buscar el mejor modo de ayuda que se puede brindar a la persona.

Se determinó en este estudio que un 42,3% de las mujeres tuvieron baja vigilancia y supervisión en su familia de origen por parte de la madre y castigo verbal alto un 57,4% y éstas reportaron nivel de depresión moderado. Un estudio realizado en México demostró que una baja comunicación y supervisión de la madre influyen en un 28,3% de mujeres con sintomatología depresiva (48). Es necesario que exista una buena comunicación en la familia de origen, de esto se desencadenan factores que favorecen la supervisión parental, la falta de comunicación origina problemas afectan el desarrollo normal de las relaciones familiares y una pérdida del cariño y respeto que se deben tener entre padres e hijos.

Además, vigilancia y supervisión bajas por parte del padre, y el hecho de no haber tenido una figura paterna o haber tenido más de dos también se consideró un factor de riesgo para padecer depresión importante, el 20,7% de las mujeres no tuvo ninguna figura paterna y de éstas en 30% presentó depresión moderada/grave. Esto concuerda con estudios realizados en los que la disfunción familiar es un factor probable para desarrollar depresión, un estudio realizado en Barranquilla Colombia, determinó que la disfunción familiar es uno de los principales factores de riesgo para presentar depresión leve o severa (6). La pérdida de la figura paterna sin sustitución genera un grado de disfunción familiar, la relación familiar tiene un gran peso en el desarrollo de las personas, pues son estas las primeras experiencias y estas influyen de manera positiva o negativa en los comportamientos de las personas a lo largo de su vida.

En este estudio tuvimos como resultado que un 60% de mujeres con depresión severa y moderada presentan bajo apoyo familiar y un 25,9% apoyo externo bajo. Un estudio realizado en Costa Rica determinó que 80,7% de las mujeres participantes se encontraba insatisfecha con el apoyo social que tiene, esto da un panorama del entorno psicosocial de las mujeres (49). Es importante el acompañamiento de la familia y la pareja en el proceso del embarazo, cuando las mujeres se sienten tristes o deprimidas en el período perinatal tienden a buscar en primer lugar el apoyo emocional de la familia y los amigos, y esta investigación demuestra que las personas con poco apoyo familiar y emocional tienen mayor nivel de depresión.

La prevalencia de violencia conyugal psicológica y verbal en el último año fue de uno de los factores más comunes en las mujeres con depresión. En este estudio la violencia en todas las categorías evaluadas fue uno de los factores que más contribuyó a que la mujer padeciera depresión. La literatura ha considerado este como uno de los factores psicológicos que influyen a la aparición de depresión en el periodo de gestación, un estudio realizado en México con mujeres embarazadas tuvo como resultado que el 50% de éstas había sido víctima de algún tipo de violencia conyugal (37). La violencia conyugal constituye un serio problema de salud pública con un fuerte impacto social, la violencia conlleva grandes repercusiones en la salud física y emocional de las personas y esto en ocasiones puede desencadenar algún tipo de comportamiento inusual que genera que la víctima ponga en riesgo su vida.

El 63% de las mujeres participantes tenía pareja y éstas no presentaron niveles altos de depresión, este resultado concuerda con los de un estudio realizado en México, en el cual el hecho de tener una relación emocional estable con su pareja constituyó un factor protector y estadísticamente significativo para prevenir la aparición de depresión (39). En este estudio puede considerarse como un favor

protector el hecho de que la mujer manifieste tener una pareja estable que la apoye durante este proceso importante de su vida, durante la etapa de la gestación y parto.

Según los resultados de este estudio la edad puede determinarse como uno de los factores importantes para predecir depresión en la etapa del embarazo en las mujeres. En el grupo de edad de 14 a 25 años alrededor del 66% de las mujeres presentaron depresión grave. Un estudio realizado en Estados Unidos, determinó que los síntomas depresivos se observan con mayor frecuencia entre los 20 y 40 años de edad, y que el 10 y 16% de éstas cumplen criterios de diagnóstico para trastorno depresivo mayor (50). La depresión en la edad fértil es muy común, de hecho, en el mundo la depresión en la mujer adulta (entre 18 y 44 años de edad) es la causa más frecuente de incapacidad para el trabajo y se considera más difícil de detectar por los cambios hormonales que éstas presentan y más aún en la etapa gestacional.

En este estudio se encontró que el 60% de las mujeres tenían educación media o secundaria de las cuales el 69,5% presentó depresión moderada/grave esto concuerda con un estudio realizado en México el cual determinó depresión mayor en alrededor del 60% en mujeres con nivel de educación secundaria, además, se observó al aumentar el nivel educativo una tendencia de disminución notable del nivel depresivo (51). El nivel educativo afecta de manera significativa la percepción de realidad de las mujeres teniendo en cuenta el desarrollo en su proyecto de vida debido a que el embarazo en algunas ocasiones se considera como factor de pérdida de oportunidades en la vida, vinculando, además, los cambios tanto sociales y familiares que contrae el proceso de gestación.

El estrato social y económico más frecuente en este estudio fue el Bajo con un resultado de 81,7%. Además, en cuanto a depresión las mujeres con estrato bajo fueron las que presentaron mayor depresión en todos los niveles, leve 83,6% y moderado/grave 79,7% es un resultado significativo en comparación con las mujeres de estrato alto, solo un 20,3% tuvo depresión moderada/grave. Estos resultados concuerdan con un estudio realizado en Medellín Colombia, en el cual el 47% de las mujeres participantes presentaron depresión y eran de un estrato socioeconómico bajo (52). Aunque el estrato socioeconómico no ha sido considerado un factor de riesgo en diferentes estudios, si está relacionado con el nivel de ingresos, alto índice de calidad de vida y acceso a servicios de salud, y estos factores si inciden en la probabilidad de que la mujer padezca depresión.

Con relación a la depresión se determinó en este estudio que el 100% las mujeres participantes reportaron síntomas depresivos, esto es contradictorio a estudios realizados previamente en diferentes ciudades del departamento, un estudio realizado en Medellín con 189 gestantes, reportó prevalencia de depresión en un 61,4% de las mujeres participantes (41), otro estudio realizado con 112 pacientes reportó una prevalencia de depresión del 22,36% (27).

9. Limitaciones

El proceso de recolección de la información en los 16 municipios participantes de la investigación, ha sido truncado por diferentes situaciones relacionadas de manera particular al contexto de los municipios. Por las diferencias que se evidencian cómo: la geografía, acceso a servicios de salud, los diferentes niveles educativos y económicos, accesos a los servicios de salud, además, aspectos culturales propios de la idiosincrasia de cada región.

Las dificultades más comunes son en su mayoría, la poca asistencia de madres gestantes a los programas del hospital (cursos psicoprofilácticos, control prenatal), lo que genera que la fuente de madres para sensibilizar e invitar a participar sea cada vez menor. De igual manera, las bases de datos de gestantes suministradas por los hospitales y el gobierno municipal, tienen registros desactualizados y las madres no son tan receptivas a la invitación telefónica.

Al tener en cuenta las mujeres que estuvieran cursando el tercer trimestre del embarazo, no se tiene conocimiento sobre la prevalencia de depresión en las demás gestantes. Las mujeres con hijos con alguna enfermedad también tienen un factor de riesgo importante para predecir depresión y estas no fueron incluidas en la muestra.

10. Conclusiones y recomendaciones

En conclusión, el estudio determinó que todas mujeres participantes reportaron algún nivel de depresión durante la gestación, 58,2% presentó depresión leve, 35,5% depresión moderada, 6,2% depresión grave.

De acuerdo con los resultados obtenidos, observamos que las mujeres participantes en el estudio tenían su primer hijo o eran madres muy jóvenes con una edad promedio de 24,1, además, en el grupo de mujeres de 14 a 24 años el 66% reportó depresión grave. Evidenciando una vez más que el embarazo a temprana edad es una problemática social donde se observa que la mayoría de mujeres presentan problemas graves de depresión como consecuencia de este estado.

Dentro del análisis se encontró que 60% (3 de cada 5) mujeres solo tenían nivel de educación secundaria y que un 69% de éstas tuvo depresión moderada, lo que indica que es un alto porcentaje de mujeres las que inician el proceso de conformar una familia sin haber finalizado la etapa de educación y formación mínima, razón por la cual la aceptación de la gestación se torna más traumática.

La evidencia sugiere que el estrato social y económico más frecuente en este estudio fue el estrato bajo con un resultado de 81,7% y un 79,7% tuvo depresión moderada/grave. Esta es una realidad que viven a diario las familias dado que el factor económico es determinante al momento de conformar un hogar, puesto que las necesidades básicas aumentan con la gestación de un hijo y cuando no hay como suplirlas fácilmente se cae en un estado de depresión poniendo en peligro la vida de tanto de la madre como del feto.

La investigación indica que, en la familia actual, factores como; niveles bajos de afecto, comunicación, integración, apego a las normas familiares, fueron factores reportados por mujeres con depresión moderada. De acuerdo con lo anterior se concluye que no hay bases sólidas en la gestante que le brinden seguridad y motivación para aceptar y construir un nuevo proyecto de vida basado en su estado de embarazo.

De este modo, la presencia de algunos estresores familiares, son altamente significativos al momento de relacionarlos con la depresión en las mujeres embarazadas, encontramos que el 54,7% de las mujeres con alguna de estas características tuvo depresión moderada/severa. Cuando las mujeres se encuentran en un estado de gestación sufren muchos cambios hormonales por lo tanto necesitan un entorno tranquilo que les brinde estabilidad y seguridad, sin factores de riesgo que puedan convertirse en problemas adicionales dado el caso de que el embarazo sea considerado como un evento negativo en sus vidas.

La investigación indicó que un 42,3% de las mujeres tuvieron baja vigilancia y supervisión en su familia de origen por parte de la madre y castigo verbal alto un 57,4% y éstas reportaron nivel de depresión moderado. De acuerdo con los hallazgos es importante el crecimiento en un ambiente familiar basado en la comunicación y apoyo que fomente la supervisión familiar.

En virtud de lo estudiado, se evidencia que la vigilancia y supervisión bajas por parte del padre, y el hecho de no haber tenido una figura paterna o haber tenido

más de dos también es un factor de riesgo para padecer depresión, el 20,7% de las mujeres no tuvo ninguna figura paterna y de éstas el 30% presentó depresión moderada/grave. Se puede concluir que el no tener una familia constituida de manera tradicional, con una figura paterna presente influye negativamente en el momento de la gestación teniendo en cuenta que la familia es el núcleo en que se desarrollan las habilidades necesarias para afrontar la vida de adultos en la sociedad.

Dentro del análisis se encontró que un 25% de mujeres con depresión moderada reportaron bajo apoyo externo y un 60% reportó un bajo apoyo familiar. Evidenciando que se les da un mejor manejo a las emociones cuando se tiene apoyo bien sea de la familia, la pareja o un círculo cercano de amigos y esto conlleva a asimilar de forma correcta el estado gestacional.

La investigación indica que la prevalencia de violencia conyugal, psicológica y verbal fueron de los factores que más contribuyeron a presentar depresión. Además, el hecho de contar con una pareja estable que les brinde apoyo y un hogar seguro, construido desde el respeto se constituye como un factor protector, se evidencio que un 63% de las mujeres con pareja no presentaron depresión. Se puede concluir al respecto que, aunque las mujeres que reportaron violencia conyugal no es un porcentaje representativo en relación con la muestra, es un factor de riesgo con una severidad alta que conlleva a que estas mujeres puedan atentar contra su vida o la del bebe por falta de apoyo y la violencia conyugal que están viviendo, además esta situación puede generar rechazo al feto.

Con relación a lo expuesto a lo largo de la tesis, la depresión perinatal debe ser considerada un problema importante en la salud pública, abordando no solo temas biológicos sino el entorno sociocultural en el que se encuentra la mujer. En la sociedad las personas han normalizado los cambios emocionales que ocurren durante el embarazo atribuyendo estos a los cambios hormonales que genera este periodo.

De este modo se concluye que no tratar la depresión en la etapa perinatal puede traer consecuencias graves no solo para la madre sino también en el desarrollo psicológico del bebe y en algunos casos para la relación conyugal; la depresión en ocasiones puede llevar a la madre a conductas que suponen riesgo para ella o el feto además de interferir en la relación madre e hijo, lo que puede repercutir en su crecimiento y desarrollo, y en casos extremos puede llevar a al suicidio o infanticidios, de ahí la importancia de detectar estos trastornos en la etapa perinatal.

Por último, los resultados de esta investigación son útiles para la creación de programas enfocados en la salud mental de las madres gestantes en los que se les ayude a comprender los cambios que ocurren en su vida desde el momento de la gestación, como afrontar cada etapa buscando generar empoderamiento de la mujer frente al tema. Las políticas públicas de salud mental constituyen una herramienta fundamental para la consecución de la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano. De acuerdo con la OMS las enfermedades mentales tienen un impacto económico negativo, puesto que disminuyen el ingreso personal y limitan el trabajo de los cuidadores, lo que puede afectar la economía de los países.

Referencias bibliográficas

1. Organización mundial de la salud. OMS | depresión [internet]. [Citado 2019 nov 29]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes según estimaciones sanitarias mundiales. Washington, d.c; 2017.
3. Organización mundial de la salud. Depresión [internet]. [Citado 9 febrero 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Organización Panamericana de la Salud. Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente [internet]. Washington, dc, 9 de octubre de 2012 (OPS/OMS). 2012 [Citado 9 febrero 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=730_5:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&itemid=1926&lang=es
5. Poles M, Carvalheira A, De Barros M, Leite Carvalhaes M, De Lima Parada C. Maternal depressive symptoms during immediate postpartum: associated factors. Acta paul enferm [internet]. Jul 2018; 31(4):351–8. [Citado 9 febrero 2020]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ape/a/HMjZg8HJgbMdsJysnyQsYjL/?lang=en&format=pdf>
6. Borda Pérez M, Forero C, Ahcar Cabarcas N, Hineirosa C, Polo Lobo S, Staaden Garavito M, et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). Salud uninorte [internet]. Oct 2013;29(3):394–405. [Citado 9 febrero 2020]. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4775/3665>
7. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DMS-5). 5th ed. España: editorial médica panamericana; 2014.
8. Martínez Paredes J, Jacome Perez M. Depresión en el embarazo. Rev Colombiana psiquiatría [internet]. 2017 [Citado 11 marzo 2020]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>
9. Maldonado Duran M, Feintuch M. Salud mental del bebe, intervenciones durante el embarazo. Perinatol Reprod Hum. 2001;15:31–4.
10. Lara A, Navarro C, Navarrete L, Almanza J, Morales F, Juárez F. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. Salud Ment. 2006 Jul;29(4).

11. Vergel J, Gaviria SL, Duque M, Restrepo D, Rondon M, Colonia A. Gestation-related psychosocial factors in women from Medellin, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2019 Jan 1;48(1):26–34.
12. Memorias curso de actualización en ginecología y obstetricia: depresión y embarazo, Medellín 2011 Mar 10-11, facultad de Medicina Universidad de Antioquia [internet]. Medellín: 2013. [Citado 11 marzo 2020]; Disponible en: https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/175.
13. Rodríguez Baeza A, May Novelo L, Carrillo Basulto M, Rosado Alocer L. Prevalence and factors associated with prenatal depression in a health institution. *Rev enferm inst mex seguro soc.* 2017;25(3):181–8.
14. Osma Zambrano S, Lozano Osma M, Mojica Perilla M, Redondo Rodriguez S. Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *Artículo investig científica y tecnológica / orig* [internet]. [Citado 11 marzo 2020];22(2):171–85. Disponible en: <https://doi.org/10.29375/01237047.3586>
15. Jadresic M. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev chil neuropsiquiatr.* 2010;48(4):269–78.
16. Marcus S, Flynn H, Blow F, Barry K. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J women heal.* 2003;12(4):373–80.
17. De salud m. Boletín de salud mental depresión subdirección de enfermedades no transmisibles. Bogotá; 2017.
18. Aguirre-Martínez NS, Vélez-Álvarez GA, Zuleta-Tobón JJ. Mortalidad por suicidio relacionado con el embarazo en Antioquia (Colombia), 2004-2014. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 20 de diciembre de 2018;69(4):239-48.
19. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2013. [internet]. [Citado 11 marzo 2020]; Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
20. RODRIGO A, FLORES L, LANSER D, ELIZARDE D. Depresión y embarazo. *Rev posgrado vía cátedra med.* 2005;145.
21. Rodríguez Muñoz M, Olivares M, Izquierdo N, Soto C, Huynh Nhu L. Prevención de la depresión perinatal. *Clin y salud.* 2016 nov 1;27(3):97–9.
22. Baena A, Maurilia Z, Villegas A, Urbina C, Norma T, Juárez H, et al. Los trastornos del estado de ánimo. *Revista digital universitaria* [internet]. 2005 nov 10 [Citado 12 marzo 2020]; 6(11). Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/read/7388082/los-trastornos-del-estado-de-animo-revista-digital-universitaria->

23. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión: información básica [internet]. 2016 [Citado 12 marzo 2020]. Disponible en: www.nimh.nih.gov.
24. Oficina de Salud de la Mujer. Owh depression factsheet [internet]. [Citado 12 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/depression>
25. Carballo M. Trastorno depresivo recurrente CIE 10, Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría [internet]. 2012; 162-165; [Citado 12 marzo 2020]. Disponible en: https://www.psicoadictiva.com/cie10/cie10_21/
26. Tellez Vargas J. Criterios para el diagnóstico precoz de la depresión bipolar. Rev argentina clínica neuropsiquiátrica [internet] 2004 Jun; 11(3): [Citado 12 marzo 2020]. Disponible en: http://www.alcmeon.com.ar/11/43/01_tellez.htm
27. Gaviria S. Tratamiento del trastorno afectivo bipolar en el embarazo. Rev chil neuropsiquiatr. 2008 mar;46(1):43–54.
28. Instituto Nacional de Salud Mental [internet]. Estados Unidos; INH; [Citado 12 marzo 2020]. Disponible en <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/la-depresión-en-las-mujeres/index.shtml>
29. Fasulo P, Verónica S, García, Alejandra A, Doña, Daniel R. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes. Nac univ luis, san perarnau, argentina [internet]. 2007 [Citado 12 marzo 2020];2(16):153–63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18481609>
30. Besio Dc, Vania Martínez D, Montero D. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en la adolescencia premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder during adolescence. Rev chil psiquiatr neurol infanc adolesc. 2012 dec;23(3).
31. Instituto Nacional de Salud Mental [internet]. Estados Unidos; INH; [Citado 12 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
32. Lara A, Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES–D. Salud Ment. 2012 Feb;35(1).
33. National Institute of Mental Health. Depresión perinatal [internet] [Citado 12 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>
34. Medina Serdan E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis

postparto y la tristeza postparto. *Perinatol reprod hum.* 2013 Jan;27(3).

35. Carro García T, Manzano S, Hernández Gómez MJ, Ladrón Moreno E, Antolín Barrio E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Rev Med de Costa Rica y Centroamérica* [Internet]. Mayo de 2013. 70(608): 639-647. [Citado 5 marzo 2020]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc134o.pdf>
36. Navarro MA. Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud, editor. Vol. 19, OPS. Washington, D.C.; 2018.
37. Lartigue t, Maldonado-duran m, González-pacheco i, saucedá-García jm. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol reprod hum.* 2008; 22:111–31.
38. Silva Mm D, Leite E, Nogueira D, Clapis M. Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. *Investig y educ en enferm* [Internet]. 2016;34(2):342–50. [Citado 5 marzo 2020]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105246033012.pdf>
39. Paccori Yanac D, Mercado Huachupoma Y. Factores asociados a la depresión en gestantes del instituto nacional materno perinatal. [Internet]. Lima Peru: Universidad nacional mayor de san marcos; 2012. [Citado 5 marzo 2020]; Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2977/Mercado_hy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
40. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la región de las américas [Internet] [Citado 5 marzo 2020]; Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9
41. Ricardo Ramirez C, Alvarez Gomez M, Ocampo Saldarriaga M, Tirado Otalvaro A. Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de medellín (Colombia), entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. *Rev colomb obstet ginecol* [internet]. 2015; 66(2):94–102. [Citado 12 marzo 2020] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.11>
42. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Boletín de salud mental depresión [internet]. [Citado 2020 mar 12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/ent/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
43. Cuero Vidal O, Diaz Marin A. Prevalencia de depresión posparto en el Hospital San Juan De Dios, Cali, Colombia. Septiembre-diciembre, 2011. *Rev colomb obstet ginecol* [internet]. 2013; 64(4):371–8. [Citado 12 marzo 2020] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195229800003>

44. Arango dc, cardona as, duque mg, cardona as, sierra smc. Health status of elderly persons of antioquia, Colombia. *Rev bras geriatr e gerontol*. 2016 feb;19(1):71–86.
45. Bonilla-sepúlveda c, bonilla-sepulveda o-a. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. *Rev colomb obstet ginecol [internet]*. 2010; 61(3):207–13. [Citado 12 marzo 2020] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195215351004>
46. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet] [Citado 8 agosto 2021]; Disponible en: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
47. Alirio Ortiz Martínez R, Castillo A. Relación entre estrés durante el embarazo y nacimiento pretérmino espontáneo. *Rev Colomb Psiquiat*. [Internet]; 2016;45(2):75–83 [Citado 8 agosto 2021]; Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n2/v45n2a04.pdf>.
48. Palos PA, Ocampo DB, Casarín AV, Segura B, Ochoa C, María R, et al. Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Ment*. [Internet]; 35(1). [Citado 8 agosto 2021]; Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100005
49. Karen Wedel Herrera Fundación FIMRC San José D, Rica C, General M. Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Rev Medica Sinerg*. [Internet]; 2018;3(1):3–8. [Citado 8 agosto 2021]; Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/109>
50. Marcus SM, Heringhausen JE. Depression in Childbearing Women: When Depression Complicates Pregnancy. *Prim Care* [Internet]. 2009; 36(1):151. [Citado 8 agosto 2021]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680254/>
51. Lanz M, Waysel P, Romano K. Depresión en adolescentes embarazadas. *CNEIP* [Internet]. 2009 Jul; 14(2): 261-274 [Citado 8 agosto 2021]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29211992004.pdf>
52. Ana Sofia Bohórquez Otálvaro. Ansiedad, depresión y características demográficas asociadas en el embarazo de mujeres entre los 14 y los 40 años del área metropolitana del valle de aburrá [Internet]. Medellín: Universidad EAFIT; 2020 [Citado 8 agosto 2021]; Disponible en: <https://repository.eafit.edu.co/handle/10784/25473>

Anexos

Anexo 1. Lista de variables

Variables						
#	Nombre variable	Categoría	Valores iniciales	Valores	Naturaleza	Medida
<u>Datos sociodemográficos</u>						
1	Edad de la madre	Recodificada	número simple	1: entre 14 y 25 años 2: entre 26 y 40 años 3: mayor a 60 años	Cualitativa	Ordinal
2	Estado civil de la madre	Recodificada	1: soltero 2: casado 3: separado 4: viudo 5: Unión libre	1: sin pareja 2: con pareja	Cualitativa	Ordinal
3	Nivel educativo de la madre	Recodificada	1: no asistió 2: primaria incompleta 3: primaria completa 4: secundaria incompleta 5: secundaria completa 6: superior incompleta 7: superior completa 999: no responde	1: no asistió 2: primaria 3: secundaria 4: superior	Cualitativa	Ordinal

4	Tipo de trabajo de la madre	Recodificada	1: obrero 2: empleado doméstico 3: trabajador por cuenta propia 4: empleador 5: trabajador sin remuneración 6: otro 7: no trabaja	1: no trabaja 2: obrero o empleado	Cualitativa	
5	Tipo de familia			1: monoparental materna 2: nuclear 3: extensa 4: extendida 5: compuesta 6: unipersonal	Cualitativa	Ordinal
6	Desplazamiento			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
7	Estrato social			1: bajo 2: medio 3: alto	Cualitativa	Ordinal
8	5,8: la vivienda donde vive el niño (a) es:			1: propia 2: arrendada 3: prestada 4: invadida	Cualitativa	Ordinal
9	La madre vive actualmente con el niño (a)			1: No 0: Si	Cualitativa	Nominal
10	La vivienda cuenta con servicios de energía eléctrica			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
11	La vivienda cuenta con servicio de alcantarillado			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal

12	La vivienda cuenta con servicios de acueducto			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
13	¿Cuál es el nivel de Sisbén al que pertenece?			1: Nivel 0 2: Nivel 1 3: Nivel 2 4: Nivel 3 5: No tiene	Cuantitativa	Escala
14	Usted es atendida en los servicios de salud por medio de:			1: Régimen contributivo 2: Régimen subsidiado 3: Régimen especial 4: No tengo	Cuantitativa	Escala
15	Usted está asegurado como:			1: Cotizante 2: Beneficiario	Cualitativa	Nominal
16	¿Cuántos embarazos has tenido en la vida?			1,2,3....	Cuantitativa	Escala
17	¿Has tenido algún aborto?			0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal
18	¿Ha tenido Hipertensión gestacional (preeclampsia) durante el embarazo?			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
19	¿Ha tenido Diabetes gestacional durante el embarazo?			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
20	¿Ha tenido Sífilis gestacional durante el embarazo?			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
21	¿Ha tenido amenaza de parto prematuro durante el embarazo?			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
22	¿Ha tenido			1: Si	Cualitativa	Nominal

	Infección del Tracto urinario durante el embarazo?			2: No		
23	¿Ha tenido Placenta previa durante el embarazo?			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
24	¿Ha tenido Anemia durante el embarazo?			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
25	¿Ha tenido Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) durante el embarazo?			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
26	¿Ha tenido Infección por exposición a rubéola durante el embarazo?			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
27	¿A cuántos controles prenatales ha asistido hasta el momento?			1,2,3...	Cuantitativa	Escala
<u>Cómo te sientes sobre el embarazo</u>						
28	¿Tú planeaste este embarazo?			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
29	¿Quedaste embarazada porque falló el método de planificación?			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
30	¿Ser madre significa renunciar a algo que es importante para tí?			0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal
31	¿Su familia la ha rechazado por estar embarazada?			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
32	¿Su familia reaccionó con rabia cuando supo que			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal

	estaba embarazada?					
33	¿Alguien de su familia la golpeó porque estaba embarazada?			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
34	¿Alguien de su familia la insultó porque estaba embarazada?			1: Si 2: No	Cualitativa	Nominal
35	¿Su familia la ha apoyado durante el embarazo?			0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal
36	¿Su pareja la apoyó en el primer momento de saber que estaba embarazada?			0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal
37	¿Su pareja la apoya en este momento?			0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal
<u>Conflictos con la pareja</u>						
38	Víctima de agresión verbal por la pareja en la vida	¿Alguna vez en la vida su pareja le ha insultado?		0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal
39	Víctima de agresión psicológica por la pareja en la vida	¿Alguna vez en la vida su pareja le ha dicho cosas hirientes, o le ha destruido alguna cosa suya, o su pareja salió furiosa de la pieza o de la casa después de un desacuerdo con usted, o su pareja le ha amenazado con tirar algo o con herirle, o le ha dado patadas, o le ignora intencionalmente		0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal

		?			
40	Víctima de agresión física sin lesión a la pareja en la vida	¿Alguna vez en la vida su pareja le ha tirado un objeto, o le torció un brazo o le mechoneo, o le ha empujado o estrujado bruscamente, o le ha disparado con un arma de fuego, o le golpeo con un objeto como una correa, un palo, o un cable, o le ataco con un cuchillo, navaja o botella, o su pareja le ha abofeteado o cacheteado, o le ha causado una quemadura, o intento estrangularte o ahorcarte?	0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal
41	Víctima de agresión física con lesión a la pareja en la vida	¿Alguna vez en la vida después de una pelea conyugal, le quedó un morado, un chichón o una pequeña herida, o fue donde el médico a raíz de una pelea con su pareja, o necesitaba ir donde el médico después de una pelea con su pareja, pero no fue?	0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal

42	Víctima situaciones de control por parte de la pareja en la vida	¿alguna vez en la vida su pareja lo celó, o su pareja le prohibió encontrarse con sus amigos, o intento que usted no hablara o no viera a su familia, o insistió en saber en dónde estaba todo el tiempo, o le reviso sus extractos bancarios sin consentimiento, o reviso los recibos que usted tenía en los bolsillos para ver cuánto había gastado, o no lo invito a reuniones sociales o familiares importantes, o le ordeno como vestirse, o su pareja decidió como gastarse el dinero del hogar sin consultarle, o amenazó con abandonarlo si no sostenía relaciones sexuales con él (ella), o amenaza con quitarle a los hijos, o amenaza con quitarle el apoyo económico?	0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal
43	Víctima de agresión verbal por la pareja en el último año	¿En los últimos 12 meses su pareja le ha insultado?	0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal

44	Víctima de agresión psicológica por la pareja en el último año	¿En los últimos 12 meses su pareja le ha dicho cosas hirientes, o su pareja le ha destruido alguna cosa suya, o su pareja salió furioso de la pieza o de la casa después de un desacuerdo con usted, o le ha hecho algo para causarle una molestia, o le ha amenazado con tirar algo o con herirla, o le ha dado patadas, o le ignoro intencionalmente?	0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal
45	Víctima de agresión física sin lesión por la pareja en el último año	¿En los últimos 12 meses su pareja le ha tirado un objeto, o su pareja le torció un brazo o le mechoneo, o le ha empujado o estrujado bruscamente, o le ha disparado a su pareja con un arma de fuego, o le golpeo con un objeto como una correa, palo, un cable, o le ataco con un cuchillo, navaja o botella, o le ha abofeteado o cacheteado, o le ha causado una quemadura, o intento estrangularte o ahorcarte?	0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal

46	Víctima de agresión física con lesión en el último año	¿En los últimos 12 meses después de una pelea conyugal, le quedó un morado, un chichón o una pequeña herida, o usted fue donde el médico a raíz de una pelea con su pareja, o usted necesitaba ir donde el médico después de una pelea con su pareja, pero no fue?	0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal
47	Víctima de control por la pareja en el último año	¿en los últimos 12 meses su pareja lo celó, o le prohibió encontrarse con sus amigos, o intento que usted no hablara o no viera a su familia, o insistió en saber en dónde estaba todo el tiempo, o reviso sus extractos bancarios sin consentimiento, o reviso los recibo que usted tenía en los bolsillos para ver cuánto habías gastado, o no lo invito a reuniones sociales o familiares importantes, o le ordeno como vestirse, o decidió como gastarse el dinero del hogar sin consultarle, o	0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal

		amenazó con abandonarlo si no sostenía relaciones sexuales con él (ella), o amenaza con quitarle los hijos (as), o con quitarle el apoyo económico?			
<u>Consumo</u>					
48	Consumo de alcohol cualquier cantidad de licor en la vida por la madre		0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal
49	Consumo de cigarrillo en la vida por la madre		0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal
50	Consumo de sustancia en la vida por la madre		0: No 1: Si	Cualitativa	Nominal
<u>Historia de la familia origen</u>					
51	Estresores familiares y personales	¿alguien de la familia sufrió una enfermedad o accidente, o una enfermedad mental, o el niño padece alguna enfermedad o accidente grave, o murió el padre o la madre del niño, o murió alguno de los hermanos del niño, o se suicidó o intentó suicidarse algún miembro de la familia, o se incrementaron los conflictos y discusiones entre los padres del niño, o	0: Si 1: No	Cualitativa	Nominal

		incrementaron los conflictos y discusiones entre padres e hijos en la familia del niño, o perdió el empleo alguien que aporta para cubrir los gastos de la familia, o en los últimos 12 meses en la familia con la que vive el niño actualmente ha ocurrido una disminución muy importante del ingreso económico de la familia, o alguna vez faltó dinero para comprar comida, o los padres se separaron o divorciaron, o han matado a un miembro de la familia, o ha recibido amenazas graves algún miembro de la familia, o han secuestrado a algún miembro de la familia, o le han cortado los servicios ?				
52	afecto y comunicación con la madre			1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Cualitativa	Ordinal
53	castigo verbal de la madre			1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Cualitativa	Nominal
54	vigilancia y supervisión de la madre			1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Cualitativa	Ordinal
55	afecto y comunicación			1: Bajo 2: Medio	Cualitativa	Nominal

	con el padre			3: Alto		
56	castigo verbal del padre			1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Cualitativa	Ordinal
57	vigilancia y supervisión del padre			1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Cualitativa	Nominal
58	Número de figuras maternas			0: Ninguno 1: Uno 2: más de dos	Cualitativa	Ordinal
59	Número de figuras paternas			0: Ninguno 1: Uno 2: más de dos	Cualitativa	Ordinal
Familia actual						
60	Factorial afecto familiar			1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Cualitativa	Nominal
61	Factorial comunicación familiar			1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Cualitativa	Ordinal
62	Factorial integración familiar			1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Cualitativa	Nominal
63	Factorial Compromiso familiar			1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Cualitativa	Ordinal
64	Factorial normas y consecuencias en la familia			1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Cualitativa	Nominal
65	Factorial flexibilidad			1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Cualitativa	Ordinal
66	Factorial adaptabilidad			1: Bajo 2: Medio 3: Alto	Cualitativa	Ordinal

Análisis factorial			
Capítulo	Constructo general	Agrupación	Preguntas
	Relación con la madre	Afecto y comunicación	¿Era cariñosa con usted, o realizaba actividades agradables con usted, o le escuchaba sus problemas, o le expresaba amor, o hablaba con usted de las cosas de ella, o le escuchaba sus inquietudes sexuales, o sentía que a los

Historia de la familia de origen			niños hay que consentirlos y entenderlos cuando están asustados o afligidos?
		Vigilancia y supervisión	¿Se interesaba por sus planes, amigos o actividades, o le ayudaba cuando usted se lo pedía, o se preocupaba por usted, o le daba lo que necesitaba, o sabía a dónde iba usted cuando salía, o sabía con quién estaba usted cuando salía, o sabía lo que estaba haciendo cuando salía, o le obligaba a llegar a casa una hora fija?
		Castigo verbal	¿Le gritaba, insultaba o amenazaba con golpearlo, o le pegaba con la mano, o le pegaba con una chancleta, cinturón u otro objeto, o le pegaba tan duro que le causaba moretones, heridas, sangrado o la necesidad de consultar a un médico?
	Relación con el padre	Afecto y comunicación	¿Le demostraba su afecto, o realizaba actividades agradables con usted, o le escuchaba sus problemas, o le expresaba amor, o hablaba con usted de las cosas de él, o le escuchaba sus inquietudes sexuales, o sentía que a los niños hay que consentirlos y entenderlos cuando están asustados o afligidos?
		Vigilancia y supervisión	¿Se interesaba por sus planes, amigos o actividades, o le ayudaba cuando usted se lo pedía, o se preocupaba por usted, o le daba lo que necesitaba, o sabía a dónde iba usted cuando salía, o sabía con quién estaba usted cuando salía, o sabía lo que estaba haciendo cuando salía, ¿o le obligaba a llegar a casa una hora fija?
		Castigo verbal	¿Le gritaba, insultaba o amenazaba con golpearlo, o le pegaba con la mano, o le pegaba con una chancleta, cinturón u otro objeto, o le pegaba tan duro que le causaba moretones, heridas, sangrado o la necesidad de consultar a un médico?
		afecto	¿Los miembros de mi familia se demuestran afecto unos a otros? ¿Los

Funcionamiento de la familia actual		miembros de mi familia son capaces de pedirse mutuamente lo que quieren? ¿Cuándo los miembros de mi familia se hacen preguntas entre sí? ¿Los integrantes de mi familia intentan entender los sentimientos de los demás miembros? ¿Los miembros de mi familia demuestran sus verdaderos sentimientos?
	Comunicación	¿Los miembros de mi familia están satisfechos con la forma de comunicarse entre sí? ¿Los miembros de mi familia son muy buenos para escuchar? ¿Los miembros de mi familia pueden discutir los problemas con calma? ¿Los miembros de mi familia discuten sus ideas y creencias entre sí? ¿Qué tan satisfecho está usted con la habilidad de su familia para manejar el estrés? ¿Qué tan satisfecho está usted con la habilidad de su familia de ser flexible? ¿Qué tan satisfecho está usted con la capacidad que tiene su familia de compartir experiencias positivas? ¿Qué tan satisfecho está usted con la calidad de la comunicación entre los miembros de su familia? ¿Qué tan satisfecho está usted con la habilidad de su familia para resolver los conflictos? ¿Qué tan satisfecho está usted con la cantidad de tiempo que pasan juntos como familia? ¿Qué tan satisfecho está usted con la forma en que se discuten los problemas? ¿Qué tan satisfecho está usted con el interés o la preocupación de los miembros de su familia por los demás integrantes?
	Integración familiar	¿Nos sentimos demasiado unidos unos con otros? ¿En nuestra familia existe liderazgo? ¿Aunque los miembros de mi familia tienen intereses individuales, de todas maneras, participan en las actividades familiares?

			<p>¿En nuestra familia tenemos claras las reglas y los roles? ¿En nuestra familia es importante obedecer las reglas? ¿Nuestra familia tiene un equilibrio adecuado de distancia y cercanía entre los miembros? ¿Cuándo surgen los problemas, nosotros negociamos? ¿Cuándo están enojados, los miembros de mi familia rara vez dicen cosas negativas?</p>
		compromiso	<p>¿Los miembros de mi familia se preocupan y participan en la vida de cada integrante de la misma? ¿Nuestra familia intenta nuevas maneras de resolver los problemas? ¿Pasamos demasiado tiempo juntos? ¿Los miembros de mi familia nos sentimos muy cercanos entre nosotros?</p> <p>¿Los miembros de mi familia se apoyan mutuamente durante los momentos difíciles? ¿En nuestra familia, la disciplina es justa?</p> <p>¿En nuestra familia, se cumplen los acuerdos? ¿Mi familia tiene la capacidad de adaptarse a los cambios cuando es necesario?</p> <p>¿Nuestra familia está muy bien organizada? ¿En nuestra familia, está claro quién es el responsable de hacer cada cosa (Tareas domésticas, actividades)? ¿A los miembros de mi familia les gusta pasar un poco de su tiempo libre juntos?</p>
		Normas y consecuencias	<p>¿En nuestra familia, ambos padres organizan y mandan igual?</p> <p>¿Cuándo un miembro de nuestra familia hace algo que está mal, las consecuencias son claras? ¿Los miembros de mi familia son muy dependientes entre sí? ¿Nuestra familia tiene una regla para toda situación posible? ¿Los miembros de mi familia</p>

			tienen poca necesidad de buscar amigos fuera de la familia?
		Flexibilidad	<p>¿Nuestra familia rara vez hace cosas en grupo? ¿Nuestra familia se siente frustrada cuando hay un cambio en nuestros planes o rutinas? ¿Los miembros de mi familia rara vez cuentan el uno con el otro? ¿Nos molesta que los miembros de la familia hagan cosas fuera del núcleo familiar?</p> <p>¿A nuestra familia le cuesta determinar quién hace las diversas tareas del hogar? ¿Los miembros de mi familia principalmente actúan como independientes? ¿Los miembros de mi familia se sienten culpables cuando quieren pasar tiempo lejos de la familia? ¿Una vez que se toma una decisión, es muy difícil modificarla? ¿Nuestra familia se siente caótica y desorganizada?</p>
		Adaptabilidad	<p>¿Nos llevamos mejor con las personas de afuera de la familia que entre nosotros? ¿Cuándo se rompe una regla en nuestra familia, hay consecuencias severas o fuertes? ¿Parece que nunca logramos organizarnos en nuestra familia? ¿Los miembros de mi familia parecen evitarse o aislarse entre ellos cuando están en la casa? ¿Los miembros de mi familia se sienten forzados a pasar juntos la mayor parte del tiempo libre? ¿Es difícil saber quién es el líder o el que manda en nuestra familia?</p> <p>¿Los miembros de mi familia saben muy poco acerca de los amigos de los demás miembros de la familia? ¿Cuándo un miembro de mi familia tiene un problema, está solo y debe resolverlo como pueda?</p>
		Conductas delictivas	¿Pensando en su familia actual, diría que Alguien de su familia (padres, hermanos o tíos del niño) se involucra en peleas a puños, dentro o fuera de la

Antecedentes de la familia actual		<p>familia? ¿Pensando en su familia actual, diría que Alguien de su familia (padres, hermanos o tíos del niño) se involucra en peleas con armas, dentro o fuera de la familia? ¿Pensando en su familia actual, diría que Alguien de su familia (padres, hermano o tíos del niño) ocupa un terreno ajeno para poner su vivienda? ¿Pensando en su familia actual, diría que Alguien de su familia (padres, hermanos, tíos del niño) vende productos de contrabando? ¿Pensando en su familia actual, diría que Alguien de su familia (padres, hermanos, tíos del niño) ha participado en el negocio del narcotráfico? ¿Pensando en su familia actual, diría que Alguien de su familia (padres, hermanos, tíos del niño) ha participado en un robo o atraco? ¿Pensando en su familia actual, diría que en su familia se presentan peleas a golpes? ¿Alguien de su familia (padres, hermanos, tíos del niño) hirió o mató a alguien? ¿Alguien de su familia (padres, hermanos, tíos del niño) ha sido acusado de algún delito? ¿Alguien de su familia (padres, hermanos, tíos del niño) ha estado preso?</p>
	Violencia	<p>¿Pensando en su familia actual, diría que los problemas en su familia se solucionan con gritos, insultos o amenazas? ¿Pensando en su familia actual, diría que el padre del niño golpea con la mano o con un objeto a alguna persona de la casa (madre o hermanos del niño) como castigo o por cualquier otra razón? ¿Pensando en su familia actual, diría que la madre del niño (a) golpea con la mano o con un objeto a alguna persona de la casa (padre o hermanos del niño) por castigo o por cualquier otra razón? ¿Pensando en su familia actual, diría que el padre del niño (a) o la persona que mantiene económicamente el hogar estuvo desempleado 6 meses o más tiempo?</p>

			<p>¿Pensando en su familia actual, diría que Alguien de su familia (padres, hermanos, tíos del niño) consume drogas? ¿Pensando en su familia actual, diría que Alguien de su familia (padres, hermanos, tíos del niño) consumía trago hasta emborracharse o lo hacía muy frecuentemente?</p>
Soporte social		Apoyo familiar	<p>¿Cuántos de tus familiares o familiares de tu pareja has visto al menos dos veces al año? ¿Con cuántas personas usted puede hablar de sus problemas? ¿Cuántas personas comparten contigo sus problemas o sentimientos? ¿Si usted tiene que tomar una decisión importante, Cuántas personas hay con quien usted pueda hablar de ello? ¿Cuántas personas hay entre su familia y amigos que te prestan \$400.000 si los necesitaras? ¿Cuántos de sus amigos o familiares le ayudarían si tiene un problema? ¿Durante el último mes, Cuántas veces se ha reunido con sus familiares o familiares de su pareja? ¿No tengo con quien compartir mis sentimientos? ¿Me siento preocupada de que mi pareja pueda abandonarme?</p>
		Apoyo externo	<p>¿Cuántos amigos tienes? ¿Durante el último mes, Cuántas veces se ha reunido con sus amigos? ¿Yo creo que en los momentos difíciles, mis vecinos pueden ayudarme? ¿Si tengo dificultades financieras, yo sé que mis amigos podrían ayudarme si ello pudiera? ¿Si nadie puede ayudarme, yo sé que el estado podría ayudarme?</p>
		Apoyo emocional	<p>¿En general, usted diría que pertenece a algún grupo cercano de amigos? ¿Mi esposo o pareja me proporciona el apoyo emocional que necesito? ¿Hay otras mujeres embarazadas con las cuales pueda compartir mis experiencias? ¿Siempre hay alguien con quien puedo compartir mis alegrías y mi</p>

			entusiasmo de estar embarazada? ¿Si me siento cansada, puedo confiar en que mi esposo me ayudará? ¿Si tengo dificultades financieras, yo se que mi familia podría ayudarme si ello pudiera?
--	--	--	---

Anexo 2. Algoritmo R Statistics

#Instala librerías necesarias

```
install.packages("factoextra")
install.packages("FactoMineR")
install.packages("ggplot2")
install.packages("FactoClass")
install.packages("RColorBrewer")
install.packages("corrplot")
install.packages("ade4")
install.packages("ggrepel")
install.packages("xtable")
install.packages("scatterplot3d")
```

#Carga necesarias

```
library(factoextra)
library(FactoMineR)
library(ggplot2)
library(FactoClass)
library(RColorBrewer)
library(corrplot)
library(ade4)
library(ggrepel)
library(xtable)
library(scatterplot3d)
```

#Los datos están en una matriz tipo tabla de contingencia:

#Primera fila con los nombres de las columnas.

#Primera columna con los nombres de las filas.

#Las celdas son el conteo que corresponde a cada caso.

#Se hace el Análisis de Correspondencias:

```
datos1<-read.csv2('c:/datos/demo.csv')
attach(datos1)
datos<-data.frame(Leve,Moderada,Severa)
rownames(datos)<-modalidad
res.ca <- CA (datos, graph = FALSE)
```

#Se extraen los resultados:

#para las variables en las filas: get_ca_row(res.ca)

Correspondence Analysis - Results for rows

=====

Name	Description
1 "\$scoord"	"Coordinates for the rows"
2 "\$cos2"	"Cos2 for the rows"
3 "\$contrib"	"contributions of the rows"
4 "\$inertia"	"Inertia of the rows"

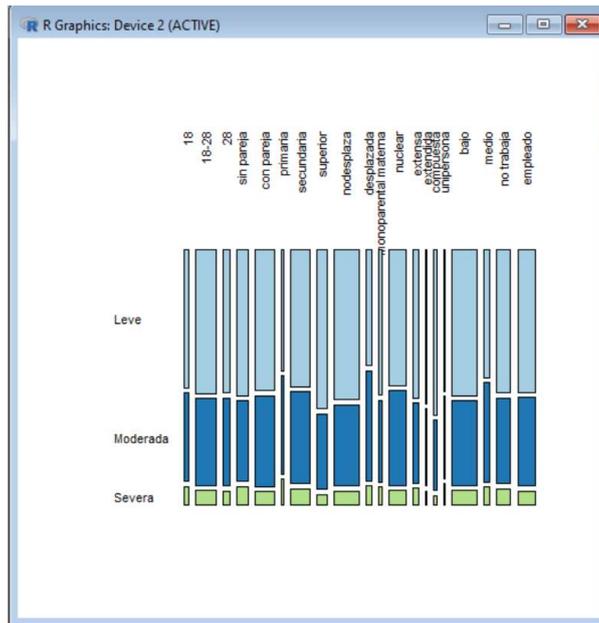
#para las variables en las columnas: get_ca_col(res.ca)

Correspondence Analysis - Results for columns

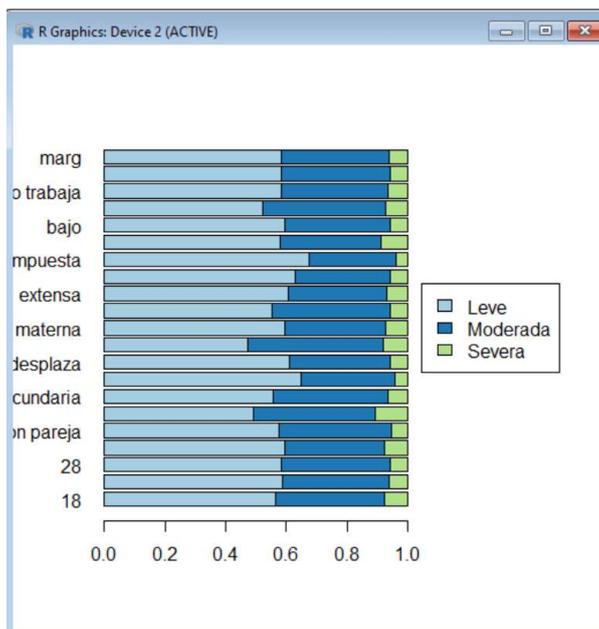
=====

Name	Description
1 "\$scoord"	"Coordinates for the columns"
2 "\$cos2"	"Cos2 for the columns"
3 "\$contrib"	"contributions of the columns"
4 "\$inertia"	"Inertia of the columns"

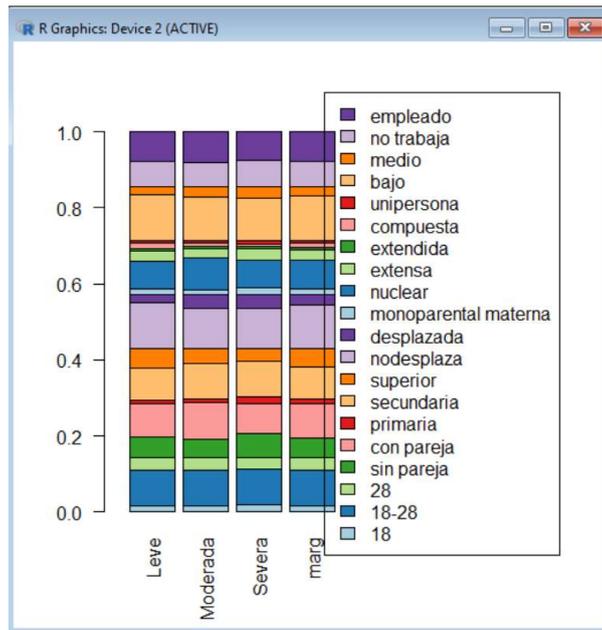
#Perfil fila por columna: mosaicplot((datos),las=2, col=brewer.pal(10,"Paired"), main="")



Perfiles Fila: plotct (datos,"row",col=brewer.pal(10,"Paired"))

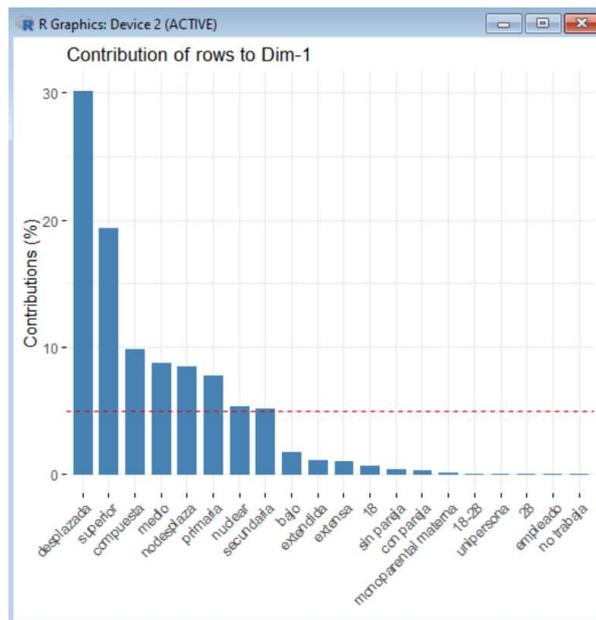


Perfiles columna: plotct (datos,"col",col=brewer.pal(10,"Paired"))

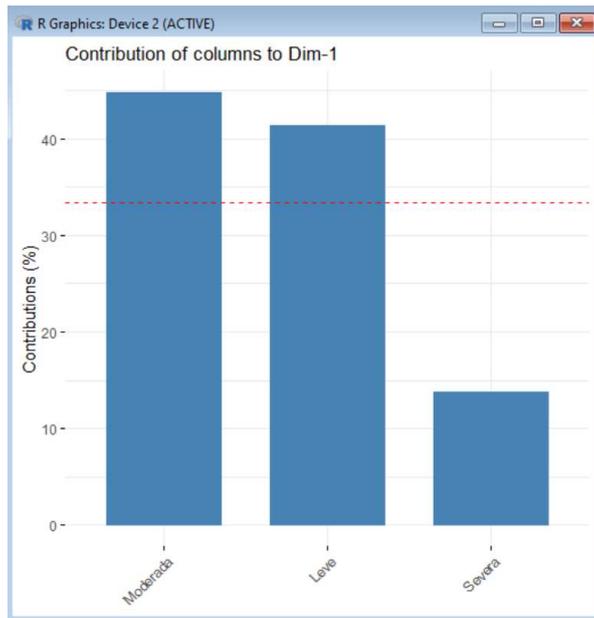


#Correspondence Analysis - Results for columns

#para las filas: `fviz_contrib(res.ca, choice = "row", axes = 1)`

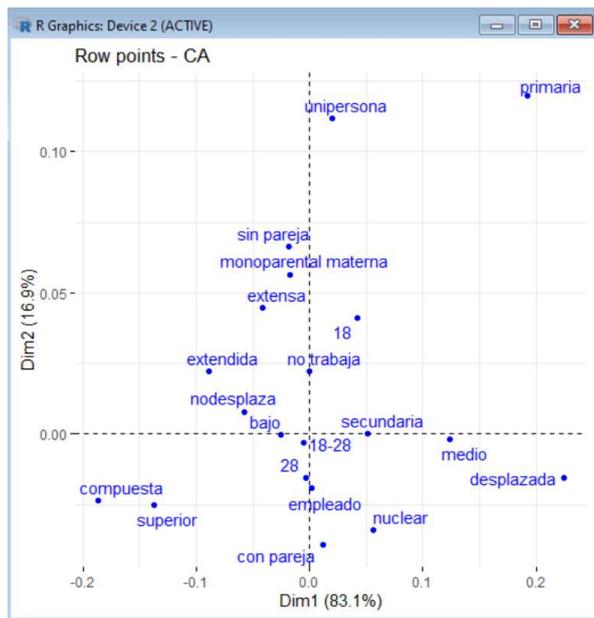


#para las columnas: `fviz_contrib(res.ca, choice = "col", axes = 1)`

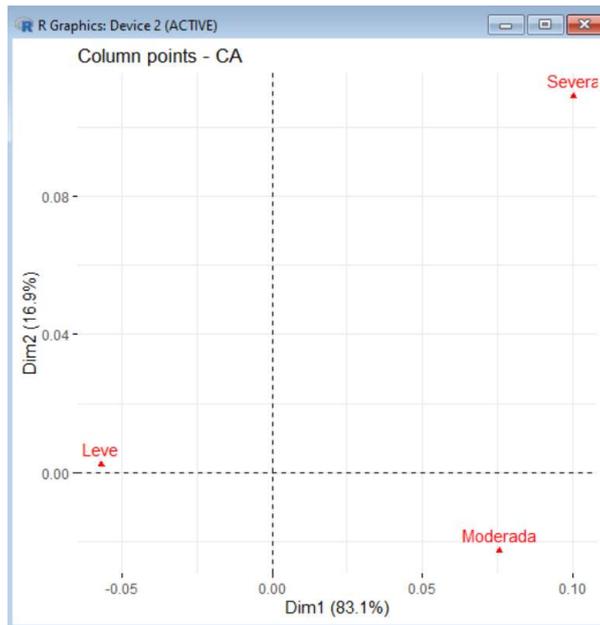


#Se grafican los resultados:

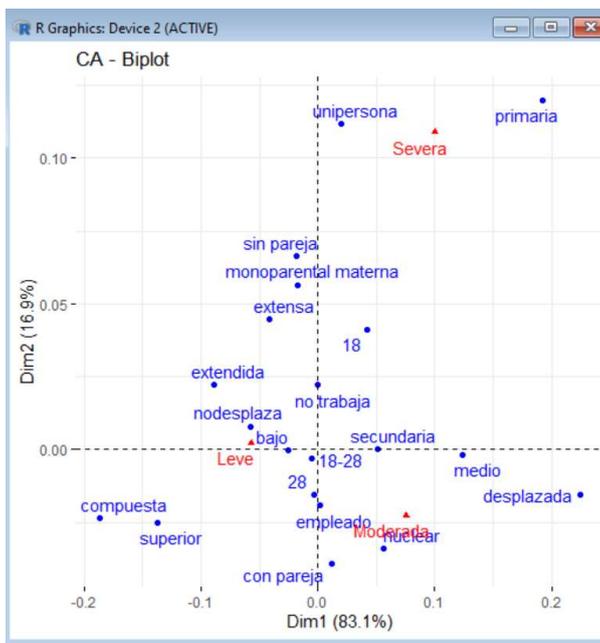
#para las variables en las filas: fviz_ca_row(res.ca, repel = TRUE)



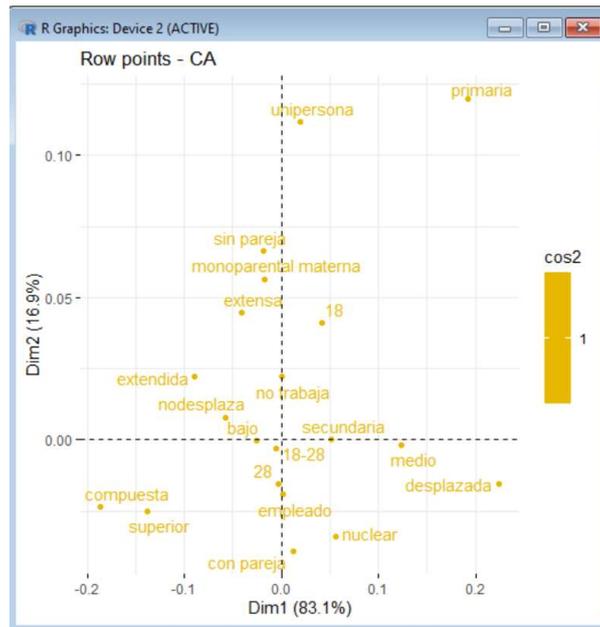
#para las variables en las columnas: fviz_ca_col(res.ca)



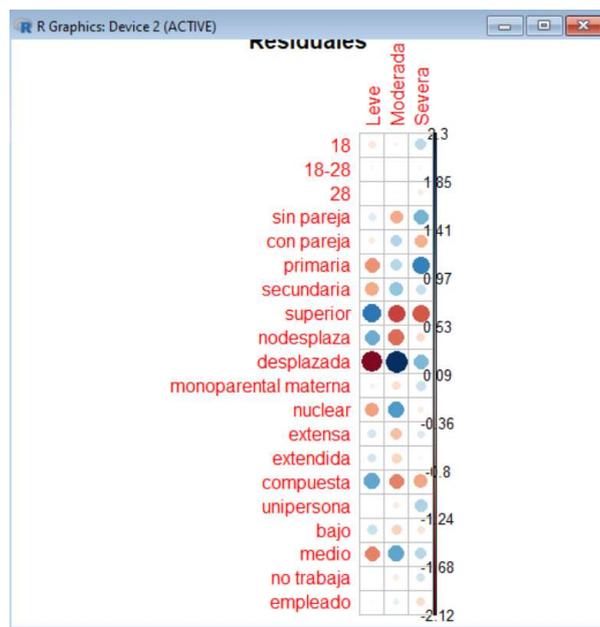
#visualización conjunta: fviz_ca_biplot(res.ca, repel = TRUE)



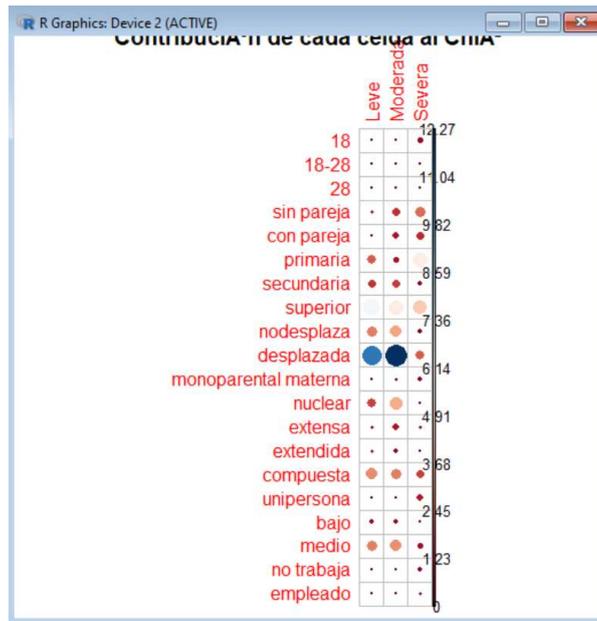
#Calidad de representación (Cosenos 2): fviz_ca_row(res.ca, col.row = "cos2", gradient.cols = c("#00AFBB", "#E7B800", "#FC4E07"), repel = TRUE)



#Residuales: `corrplot(chisq$residuals, is.cor = FALSE, main='Residuales')`



Contribución en porcentaje (%): `contrib <- 100*chisq$residuals^2/chisq$statistic`
`corrplot(contrib, is.cor = FALSE, main='Contribución de cada celda al Chi²')`



**Este algoritmo se utilizó para realizar todos los análisis de correspondencia, solo cambiando los datos.