

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y  
PSICOSOCIALES DE GESTANTES CON DEPRESIÓN A NIVEL  
MUNDIAL**

**MONOGRAFIA**

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas  
de la Universidad San Carlos de Guatemala

**Ángel David Julajuj Morales**

**Ana Marina Hernández Esteban**

**Dulce Fernanda Ruiz Ramírez**

**Samantha Noribelly Ortíz Chojolán**

**Médico y Cirujano**

Guatemala, septiembre 2020

## **ACTO QUE DEDICO A**

Dios, nuestro creador, por habernos permitido llegar hasta este punto de nuestra vida y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor por estar con nosotros en cada paso que damos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. También por haber colocado sueños y esta meta en nuestro corazón y darnos los medios para poder hacerlo. Nuestros padres, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar en nosotros, por cada consejo y palabras de ánimo. Por ser nuestra inspiración y motivación para ser mejores seres humanos cada día. Por el apoyo emocional y motivarnos a seguir superándonos como profesionales. Nuestras familias, por ser la base para nuestra formación, han sido los principales benefactores para nuestro desarrollo profesional. Nuestros amigos, esta investigación no habría sido posible sin nuestros compañeros y amigos, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, durante este proceso y estuvieron presentes para lograr que nuestro sueño se hiciera realidad.

## **AGRADECIMIENTOS A:**

Universidad de San Carlos de Guatemala, por ser la casa de estudios que nos permite seguir en actualización y superarnos como profesionales. Facultad de Ciencias Médicas, por ser una entidad muy organizada, brindarnos profesores, coordinadores y herramientas de calidad y esforzarse en estos tiempos de crisis para continuar con nuestra formación. Nuestras familias, por el apoyo brindado durante la carrera. Nuestros Asesoras y Revisora, por el apoyo brindado durante la carrera. Nuestros Catedráticos, por la apertura que han tenido al dejarnos trabajar con ellos. Por ser nuestros mentores y compartir su conocimiento, su dedicación y paciencia.

## INDICE

<b>Introducción</b> .....	ii
<b>Planteamiento del problema</b> .....	iv
<b>Objetivos</b> .....	vii
<b>Métodos y técnicas</b> .....	viii
<b>Contenido temático</b>	
<b>Capítulo 1.</b> Factores Sociodemográficos de Depresión en Gestantes .....	1
<b>Capítulo 2.</b> Factores Clínicos de Depresión en Gestantes .....	12
<b>Capítulo 3.</b> Factores Psicosociales de Depresión en Gestantes .....	45
<b>Capítulo 4.</b> Análisis .....	57
<b>Conclusiones</b> .....	66
<b>Recomendaciones</b> .....	68
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	69
<b>Anexos</b> .....	84



### **De la responsabilidad del trabajo de graduación:**

El autor o autores, es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresados en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala y, de las otras instancias competentes, que así lo requieran.

## **PROLOGO**

La depresión perinatal es una morbilidad común para muchas mujeres. A pesar de los esfuerzos que se han realizado para detectar, prevenir y tratar los trastornos del estado de ánimo materno, la depresión generalmente no se detecta ni se trata. Se ha establecido como una enfermedad de origen multifactorial.

Se presentan a continuación tres capítulos, en los cuales se busca conocer y esclarecer los factores de riesgo de gestantes para desarrollar depresión prenatal. En el primero, se da una perspectiva general de la demografía de embarazadas a nivel mundial y se dan a conocer los factores sociodemográficos. En el segundo, se concentra información sobre los aspectos clínicos como manifestaciones, factores de riesgo, tamizaje y diagnóstico. En el tercero, se brinda una perspectiva psicosocial de este trastorno mental. Finalmente, se incluye un capítulo de análisis en el cual se busca esclarecer las ideas contenidas en los tres capítulos anteriores y realizar una reflexión desde el punto de vista de los autores.

Aunque se han establecido intervenciones efectivas de prevención y tratamiento para la depresión durante el periodo prenatal, existe una serie de barreras que interfieren con la capacidad de las mujeres para acceder a estos servicios.

Se busca con este trabajo que la salud emocional sea una prioridad dentro del control prenatal, debido a que todo niño merece la oportunidad de tener una madre sana. Y todas las madres merecen la oportunidad de disfrutar su vida y a sus hijos.

Dra. Aletzia Nashildhy Sologaistoa López – Ginecóloga y Obstetra

## INTRODUCCIÓN

La depresión es una condición médica común durante el periodo perinatal y se ha asociado con graves consecuencias. Puede ocurrir durante el embarazo, prenatal, el año siguiente al nacimiento, posparto, o ambos. Causa tristeza y ansiedad en la madre y evita que se vincule o amamante a su bebé. En casos severos, las mujeres pueden pensar o hacerse daño a sí mismas o a su bebé. La depresión durante el período perinatal, no tratada en la madre, puede dar como resultado bajo peso al nacer y un desarrollo social, cognitivo y emocional deteriorado en el bebé.<sup>1</sup>

La Asociación Americana de Psiquiatría estipuló durante el 2013 en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V, el término “depresión periparto”, aplicando este a todo episodio depresivo que inicie durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. Debido a que se comprobó que el 50% de los episodios de depresión posparto comienza durante el embarazo.<sup>2,3</sup>

Una de cada siete a diez mujeres embarazadas y una de cada cinco a ocho mujeres posparto desarrollan un trastorno depresivo, correspondiendo así a más de medio millón de mujeres cada año. La tasa media de depresión en el período perinatal es de 11.5%.<sup>1</sup> En países desarrollados este trastorno mental afecta entre un 8 y 11%, mientras que en países de medianos y bajos ingresos afecta a un 20%. Se ha evidenciado que los síntomas depresivos se presentan con mayor proporción en el segundo trimestre con 13% y tercer trimestre 12%, en contraste con el primer trimestre que solamente 7% de la población presenta sintomatología.<sup>4,5</sup>

Se ha estudiado que la depresión durante el período prenatal es resultado de una interacción compleja que involucra genética, epigenética, el eje neuroendocrino hipotálamo-hipofisis-adrenal y factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales. Dentro de los factores de riesgo se incluyen: antecedente de trastorno depresivo o ansiedad, antecedentes familiares de depresión o ansiedad, embarazo no deseado o adolescente, parto múltiple, embarazo o parto anterior difícil, problemas de salud, falta de apoyo social, bajo nivel socioeconómico, historia de abuso físico o sexual y/o abuso de sustancias. Estos grupos tienen un 30% más de incidencia de depresión durante el periodo prenatal.<sup>1</sup>

El tamizaje, es la clave para diagnosticar depresión en mujeres gestantes. Muchas veces se omite este diagnóstico porque muchos de los signos como estrés, falta de sueño y cambios hormonales están presentes en todas las embarazadas. Además, las nuevas madres, pueden no admitir tener síntomas porque sienten una sensación de vergüenza por no ser

capaces de ser madres o por los comentarios que pueden recibir de su pareja o familia. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, la Asociación Americana de Psiquiatría y la Academia Americana de Pediatría ha validado herramientas para la detección temprana de esta patología durante el control prenatal, entre estas están: la escala de depresión de Edimburgo, el cuestionario de salud del paciente PHQ-9, inventario de depresión de Beck II, Zung, entre otros.<sup>1,6</sup>

Conociendo los factores de riesgo que pueden predisponer a las gestantes a desarrollar depresión, los profesionales dedicados a los cuidados obstétricos deben poner atención a aquellas mujeres que presenten alguno. Para poder diagnosticar a tiempo y brindar el tratamiento adecuado.<sup>1</sup> Para conocer estos factores se planteó como objetivo general: Argumentar los factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales de gestantes con depresión a nivel mundial.

Debido a la escasa información y pocas publicaciones dentro del continente americano, se enfocará a nivel mundial. Tomando en cuenta metaanálisis, artículos de revistas, tesis de grado y posgrado; en inglés o español dentro del año 2010 al 2020. La búsqueda de información se realiza a través de operadores lógicos.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, ha resaltado, entre los obstáculos para la prevención de depresión prenatal el estigma respecto al tema, tratamiento insuficiente, mecanismos de referencia inadecuada y la falta de capacidad para el tratamiento. Enfatiza en realizar una vigilancia estricta en gestantes que presenten algún factor de riesgo. Por lo que es importante conocer a través de diferentes referencias bibliográficas el comportamiento de esta patología en distintos contextos sociales. Recalca, también, la importancia de combatir la depresión prenatal a través de la investigación. convirtiéndose así en un tema relevante y de interés para el personal de salud dedicado a los cuidados obstétricos de la paciente. En la presente monografía se distinguen tres capítulos, en los cuales se desarrollarán aspectos importantes y relevantes respecto a los objetivos de esta investigación.

En el capítulo uno se discutirá sobre la demografía poblacional de gestantes a nivel mundial, para tener un panorama claro acerca del área de investigación. Se expondrán los factores sociodemográficos con mayor relación en el desarrollo de depresión prenatal.

Dentro del segundo capítulo, se abordará la depresión prenatal desde una perspectiva clínica. Incluyendo aspectos epidemiológicos, manifestaciones clínicas, fisiopatología,



diagnóstico y complicaciones tanto maternas como fetales de la enfermedad. Posteriormente se debatirá los factores clínicos asociados a depresión prenatal, visto desde diferentes contextos.

En el tercer capítulo, se explicarán los factores psicológicos y sociales que puede predisponer a una gestante a padecer depresión. Finalmente, se incluye in capítulo de análisis en el que se exponen las ideas de todos los capitulos desde el punto de vista de los autores.

Esto permitirá dar a conocer el tema de depresión prenatal desde una pespectiva mundial. Asi como argumentar los factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales que pueden predisponer a gestantes a desarrollar este trastorno. Siendo este el objetivo general de la investigación, que los profesionales de salud puedan identificar a la población de riesgo y realizar un tamizaje oportuno, para evitar complicaciones materno fetales, contribuyendo de esta manera a uno de los objetivos del milenio.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud mental ha tomado auge en los últimos años debido al aumento de patologías psiquiátricas, la depresión es el trastorno psiquiátrico afectivo más prevalente. Según las estimaciones sanitarias mundiales de depresión y otros trastornos mentales de la Organización Mundial de la Salud, 322 millones de personas tienen depresión en el mundo. El número total estimado de personas con depresión aumentó en 18.4% entre el 2005 y el 2015.<sup>7</sup> Se estima que, en el presente año, la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.<sup>2</sup>

La prevalencia a nivel Internacional, en países europeos reportan que entre 10 a 20% de gestantes sufren depresión prenatal.<sup>8</sup> En América se reportan 48.16 millones de casos con trastorno depresivo.<sup>7</sup> Se realizó una investigación durante el 2006 en México, en el Instituto Nacional de Perinatología, donde se reportó una prevalencia de 17%.<sup>8</sup> En Colombia en 2017 se evidenció una prevalencia de 22.36% con síntomas depresivos encontrado como factores de riesgo psicosociales: finalización de la relación de pareja, muerte de un familiar y problemas económicos.<sup>10</sup> En el año 2019 se realizó otro estudio en Colombia, con una muestra de 244 gestantes en la cual se identificó una prevalencia 24.6% identificando una asociación con antecedente familiar, presencia de ansiedad y consumo de alcohol.<sup>10</sup> Con los datos expuestos a nivel internacional, se puede observar un aumento en la prevalencia a lo largo de los años.

Existe evidencia que la depresión es dos veces más frecuente en mujeres en edad adulta que en varones.<sup>11</sup> Las mujeres gestantes tienen mayor probabilidad de presentar esta patología, se reporta entre 14 y 23% experimentan un trastorno depresivo durante la gestación.<sup>12</sup> Es una patología que generalmente no se diagnostica debido a que las manifestaciones clínicas suelen confundirse con cambios propios del embarazo. En 2013 la Asociación Psiquiátrica Americana estableció el concepto de depresión perinatal, debido a que se constató que el 50% de los episodios de depresión postparto comienzan durante el periodo prenatal.<sup>2</sup>

Las variables relacionadas con el desarrollo de depresión durante la gestación pueden variar de acuerdo con la población estudiada, siendo indispensable conocer los factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales durante este período. Además, esta patología se ha relacionado con efectos negativos tanto para la madre como para el feto, entre estos se mencionan: parto pre término, bajo peso al nacer, abortos espontáneos, problemas en el crecimiento fetal y preeclampsia.<sup>13</sup> De esta forma se convierte la depresión prenatal en un problema de salud pública, siendo indispensable dar a conocer información actualizada sobre el tema permitiendo así, optimizar las estrategias de promoción y prevención de salud mental.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia ha evidenciado que el cribado de depresión prenatal trae consigo beneficios clínicos para la gestante y el feto por lo que recomienda realizar por lo menos un tamizaje de depresión durante el embarazo, con uno de los instrumentos que ya han sido validados.<sup>4</sup>

A lo largo de los años, la depresión durante el período prenatal ha sido objeto de estudio, principalmente en países de ingresos altos en los que se ha determinado la prevalencia y los determinantes de este problema de salud mental. Sin embargo, durante los últimos años, en países de bajos y medianos ingresos la salud mental durante el periodo perinatal ha tomado un papel importante en la investigación, porque se ha asignado mayor prioridad a la prevención de muertes maternas.<sup>14</sup>

En países de ingresos altos hay documentos que proporcionan evidencia epidemiológica y clínica en servicios de salud y en sistemas de salud de alta calidad en relación con la depresión perinatal. En contraste, hay una falta de evidencia sobre este trastorno de salud mental, en el 80% de 112 países del mundo con ingresos bajos y medios y en el 90% de los países menos desarrollados. Según datos que han reportado estos países, las mujeres embarazadas y púerperas experimentan condiciones de salud mental no psicóticas a tasas mucho más altas que lo reportado en países de altos ingresos, 10% más durante el embarazo y 13% postnatal. En los países de ingresos bajos y medianos una de cada seis mujeres embarazadas ha experimentado algún trastorno mental durante el periodo perinatal.<sup>14</sup>

La depresión materna se asocia con tasas altas de desnutrición y retraso en el crecimiento, enfermedades diarreicas, infecciosas, mayor cantidad de ingresos hospitalarios, menor peso al nacer y menor finalización del esquema de vacunación. Muchas mujeres embarazadas superan los trastornos mentales con el tiempo, mientras que otros generan problemas crónicos de salud mental.<sup>14</sup>

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que abordar los problemas de salud mental en los países de recursos limitados es esencial para el desarrollo. Los objetivos de desarrollo del milenio número cuatro y cinco, los cuales se relacionan con la salud de madres y niños, no pueden lograrse sin una atención mental materna adecuada.<sup>14</sup> El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia señala que el estigma, el tratamiento insuficiente, los mecanismos de referencia inadecuados y la falta de capacidad para el tratamiento han obstaculizado los esfuerzos para la prevención de depresión prenatal. Enfatiza en realizar una vigilancia, evaluación y valoración especialmente cuidadosa en mujeres con algún trastorno de depresión o de ansiedad diagnosticado, antecedentes de los mismos o algún otro factor de riesgo para el desarrollo de esta patología.<sup>4</sup> Así también hace referencia a la importancia de combatir la

depresión prenatal a través de investigación, educación pública y de proveedores de salud, así como apoyo por parte del estado, entidades públicas y privadas sin fines de lucro para innovar y aumentar la capacidad de detección y tratamiento.<sup>15</sup> Apoyando estas estrategias, se busca generar evidencia de alta calidad sobre la depresión durante el periodo prenatal, para contribuir a la educación de proveedores de salud y gestantes con información veraz y válida respecto a este trastorno de salud mental. Así como también, responder a la pregunta ¿Cuáles son los factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales de gestantes con depresión a nivel mundial? Es importante enfatizar en los profesionales de salud, en quienes aún existen errores y falencias en el reconocimiento, diagnóstico y tratamiento de depresión durante la gestación lo que genera repercusiones para el embarazo y feto.

# OBJETIVOS

## Objetivo general

Argumentar los factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales de gestantes con depresión a nivel mundial.

## Objetivos específicos

1. Discutir los factores sociodemográficos de gestantes con depresión a nivel mundial.
2. Debatir los factores clínicos de gestantes con depresión a nivel mundial.
3. Explicar los factores psicosociales de gestantes con depresión a nivel mundial.

## MÉTODOS Y TÉCNICAS

La monografía se desarrolló con un diseño exploratorio, ya que se recopiló y se argumentó información según el objeto de estudio, respondiendo la pregunta del qué del objeto de investigación, por medio de una base de información se debatió los factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales de gestantes con depresión a nivel mundial.

Se incluyó bibliografía que cumpla con los criterios de inclusión: estudios realizados en humanos, en inglés o español. Se incluirán metaanálisis, artículos originales de revistas, tesis de pregrado o postgrado e investigaciones, publicados a partir del 2010. Los criterios de exclusión fueron artículos que no estuvieran disponibles de forma completa y conclusiones no relacionadas con los objetivos de investigación. Los artículos utilizados se describieron según el nivel de evidencia y tipo de estudio, se encuentran en la tabla 1, ver anexo 1. Por medio de guías prácticas clínicas, libros de texto en línea y documentos se recolectó la matriz consolidativa de literatura gris contenida en la tabla 2, ver anexo 2.

Para la selección de fuentes de información se revisaron artículos científicos publicados en revistas de ginecología y obstetricia como de psiquiatría en formato electrónico. Se revisó bibliografía en las bases de datos de los metabuscadores como Google académico, HINARI, PubMed, Lilacs, BIREME, Scielo, Biblioteca virtual en salud, Biblioteca Cochrane, Science Direct, entre otros. Recabando como fuentes primarias: tesis, investigaciones, artículos de revistas, revisiones sistemáticas y metaanálisis se describen en las tablas 3 y 4, ver anexos 3 y 4.

Para identificar la terminología médica y los calificadores permitidos se utilizaron los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS); fueron creados por BIREME, para servir como un lenguaje único en la indización de artículos, libros, anales de congresos, informes y otros que puedan ser utilizados para búsqueda y recuperación de literatura científica. También se utilizó Medical Subject Headings (MeSH), es un vocabulario en inglés controlado y organizado. Se emplearon para indexar, catalogar y buscar información biomédica y relacionada con la salud. Aparecen en MEDLINE, PubMed, catálogo NML y otras bases de datos, ambos se encuentran descritos tabla 5, ver anexo 5.

# **CAPÍTULO 1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE DEPRESIÓN EN GESTANTES**

## **SUMARIO**

- Demografía de gestantes a nivel mundial
- Edad
- Etnia
- Estado civil
- Nivel educativo
- Ocupación

A manera de introducción, el presente capítulo presenta una perspectiva general de la demografía de gestantes alrededor del mundo. Permitiendo conocer cómo han variado las tasas de fertilidad a lo largo de los años y de un país a otro. Además, también se presenta el cambio de edad para maternidad que se ha establecido a lo largo del tiempo y el contraste que puede existir dependiendo del contexto en el que se encuentre la mujer. Se brindan estos datos con la finalidad de poder comprender el impacto que puede representar en las mujeres gestantes la depresión y cómo pueden influir en su desarrollo diversos factores presentes de acuerdo a su contexto. Dentro de estos factores se encuentran los sociodemográficos dentro de los que se pueden mencionar: edad, etnia, estado civil, nivel educativo y ocupación. Con base a diversas bibliografías se estableció que son los factores que más se han relacionado con el desarrollo de depresión durante el periodo prenatal. A continuación se detalla cada uno de ellos y cuales son las características que se consideran como factores de riesgo en mujeres embarazadas.

### **1.1. Demografía poblacional de gestantes a nivel mundial**

Las tasas de fertilidad miden el nivel de maternidad en una población. Son importantes para determinar la tasa de crecimiento de una sociedad. La fertilidad a nivel mundial ha caído, entre 1950-1955 se reportó un promedio de 5 nacimientos por mujer entre 15 y 49 años mientras que entre 2010 y 2015 los nacimientos se redujeron a 2.5 por mujer. Cerca de la mitad de la población mundial, experimentan niveles de fertilidad bajos. Sin embargo, estos siguen siendo altos en muchos países, particularmente en África y en un grupo de países poco desarrollados. En África existe un promedio de nacimientos de 4.7 por mujer y en países poco desarrollados se ha registrado 4.3 nacimientos. Oceanía reporta 2.4 nacimientos por mujer, seguida de Asia, América Latina y el Caribe con niveles de fertilidad de 2.2 nacimientos por mujer. En América de Norte y Europa la fertilidad cayó a 1.9 nacimientos por mujer.<sup>16</sup>

En todo el mundo, más de 41% de los 208 millones de embarazos que ocurren cada año son no planificados. Casi la mitad de estos embarazos terminan en aborto. Cada año, hasta 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años dan a luz.<sup>17</sup>

Los niveles de fertilidad están relacionados con el desarrollo de los países. A nivel mundial, se espera que la fertilidad total disminuya de 2.5 nacimientos por mujer en 2010-2015 a 2.3 nacimientos en 2045-2050 y 2 nacimientos por mujer en 2095-2100.<sup>16</sup>

Con las transiciones que se han dado en las tasas de fertilidad también han cambiado los patrones de edad para maternidad. Hasta 1955 se mantenía el promedio de edad materna entre 29.1 años, luego se ha mantenido hasta el 2015 en 27.5 años. Es importante resaltar que los embarazos en mujeres adolescentes han aumentado en cantidad, por lo que este es un tema que se vuelve prioridad en los gobiernos de muchos países. Los embarazos tempranos están asociados a una serie de riesgos para las madres y sus recién nacidos. El aumento de riesgo para la salud es un motivo de preocupación en países de ingresos bajos y medios, donde el riesgo de muerte para las madres y los recién nacidos es aproximadamente 50% mayor en madres menores de 20 años. Los embarazos en adolescentes pueden llevar a tomar decisiones de abortos inseguros la que aumenta las tasas de mortalidad. La tasa de natalidad en adolescente entre 15 y 19 años es de 46 nacimientos. África ha reportado la mayor cantidad de nacimientos con 98, seguido de América Latina y el Caribe con un promedio de 67 nacimientos. A nivel mundial las regiones con el promedio más grande fueron Centroamérica, Sudamérica y el Caribe.<sup>16</sup>

Aunque la tasa de fecundidad total ha ido disminuyendo en América Latina y el Caribe a lo largo de los últimos treinta años, en adolescentes solo ha disminuido ligeramente siendo la segunda más alta del mundo, después de África.<sup>18</sup>

Más de la mitad de todas las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo, aproximadamente 867 millones, quieren evitar el embarazo.<sup>17</sup> La estimación periódica de la incidencia del embarazo no deseado a nivel mundial puede ayudar a demostrar la necesidad y el impacto de los programas de planificación familiar. En 2012 ocurrieron 213 millones de embarazos en el mundo, de los cuales 190 millones ocurrieron en los países en desarrollo. 25% de los embarazos ocurrieron en África, 8% en América latina y el Caribe, 7% en Europa, 3% en América del Norte y menos del 1% en Oceanía. La tasa de embarazo global disminuyó levemente entre 2008 a 2012. 85 millones de embarazos, que representan el 40%, no fueron planeados en 2012. De estos, 50% terminó en aborto, 13% en aborto espontáneo y 38% resultó en un parto no planificado.<sup>19</sup>



En muchos países las mujeres tienen más embarazos e hijos de los que desean y quedan embarazadas mucho antes de lo deseado.<sup>19</sup>

A partir del 2008, se ha registrado una disminución del 34% en las tasas de mortalidad materna. El acceso universal a la atención prenatal ha aumentado internacionalmente; en los países en desarrollo hubo un aumento del 81% en 2009, en comparación con el 64% en 1990. En países desarrollados el porcentaje de mujeres que usaban anticonceptivos en 1990 fue de 68% y el 72% en 2010. En contraste, las mujeres en países en desarrollo que utilizaban anticonceptivos fueron de 52% en 1990 y el 62% en 2010. La necesidad insatisfecha de planificación familiar sigue siendo alta en algunas regiones.<sup>19,20</sup>

## **1.2. Edad**

La depresión tiende a ser mayor entre adolescentes embarazadas que en mujeres adultas. Cabe resaltar que las adolescentes entre 10 y 19 años representan aproximadamente una cuarta parte del total de embarazos en países en vías de desarrollo, y constituyen la principal causa de hospitalización en esta población.<sup>14</sup> Las mujeres entre 20 y 29 años tienen menor riesgo de desarrollar depresión prenatal que las mujeres entre 14 y 19 años.<sup>20</sup> En México, en el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), se identificó que la depresión se presenta con mayor frecuencia en mujeres de edad joven, resultado que se relaciona con diversos estudios que describen una correlación significativa entre la edad joven y la aparición de depresión durante el embarazo.<sup>21,22</sup> También existen estudios que relacionan la edad mayor con esta patología y otros que aseguran que la edad no está relacionada con el desarrollo de depresión en mujeres gestantes.<sup>23, 22</sup>

Durante el 2014 y 2016 se realizó un estudio retrospectivo de cohortes en Australia, con el objetivo de identificar los determinantes psicosociales y obstétricos de depresión prenatal. La prevalencia establecida fue de 8%. Respecto a los factores sociodemográficos identificados fueron: edad menor de 20 años y nivel socioeconómico bajo.<sup>24</sup>

En Etiopía en el año 2018 se realizó un estudio transversal con 728 participantes en el que se encontró una prevalencia de 26.7% de depresión prenatal. Dentro de este estudio se determinó que la mayoría de las pacientes pertenecían a grupos de edad entre 25 y 34 años con 54.55%.<sup>25</sup>

Se realizó una revisión sistemática en 2012, la cual incluyó trece documentos de 17 países de ingresos bajos y medianos. Dentro de los factores relacionados con el desarrollo de esta patología, se determinó mayor prevalencia en mujeres jóvenes. Sin embargo, cabe resaltar

que existieron estudios que no encontraron ninguna asociación significativa con la edad materna.<sup>14</sup>

La depresión en la adolescencia es un problema importante de salud pública en todo el mundo. Se asocia con una importante morbilidad en el presente y futuro, así como también es predictivo de que la depresión persista en la edad adulta. La prevalencia de depresión prenatal en mujeres embarazadas adolescentes es de 20% y en mujeres adultas de un 10% a un 25%.<sup>26</sup>

En 2017 se realizó una revisión sistemática con el objetivo de examinar los factores de riesgo psicosociales de depresión durante el embarazo en adolescentes. La tasa de prevalencia de depresión en adolescentes embarazadas fue de 16% a 44% en comparación con las mujeres adultas embarazadas con un 10% a 20% y adolescentes no embarazadas con un 5% a 20%. Las adolescentes que carecen de apoyo social, que tienen niveles más bajos de autoestima y niveles altos de estrés tienen más probabilidad de presentar síntomas depresivos.

El sentimiento de no adecuarse a la situación puede crear ansiedad y estrés en las adolescentes al enfrentar el desafío de convertirse en una nueva madre. Es importante destacar que la participación del padre en el cuidado del recién nacido puede ayudar a la adolescente a sentirse con mayor satisfacción respecto al bebé, lo que mejora su autoestima.<sup>27</sup>

Muchos estudios han encontrado una correlación significativa entre la edad temprana y la depresión durante el embarazo. Las gestantes adolescentes tienen mayor riesgo de deprimirse. Por otro lado, algunos estudios encontraron que una edad avanzada se asoció positivamente con los puntajes de depresión durante el embarazo; mientras que otros encontraron que la edad no estaba asociada a desarrollar depresión durante la gestación.<sup>22</sup>

### **1.3. Etnia**

Otro de los factores sociodemográficos que se ha estudiado es la etnia, principalmente pertenecer a una etnia de un grupo minoritario se ha relacionada con el desarrollo de depresión durante el período prenatal, por el estrés generado debido a la discriminación. La prevalencia de depresión prenatal ha sido mayor en mujeres de color, latinas y asiáticas comparadas con mujeres blancas.<sup>22</sup> La etnia afroamericana se identificó como un factor de riesgo para depresión prenatal. Se ha encontrado que las mujeres afroamericanas y mexicanas informaron síntomas depresivos de moderados a severos estos se han llegado a extender de dos a cuatro años después del parto.<sup>27</sup> Sigue existiendo debate sobre si las mujeres latinas tienen un mayor riesgo de depresión en comparación con otros grupos étnicos.<sup>28</sup>

Las poblaciones migrantes se componen cada vez más de mujeres, a menudo en edad de procrear, por lo que comprender la salud de las mujeres migrantes en el periodo prenatal es urgente. La aculturación es la experiencia de la adaptación de un inmigrante a un país de acogida. Se ha establecido que niveles más altos de aculturación están asociados a un mayor riesgo de síntomas depresivos, principalmente dentro de la comunidad latina.<sup>28</sup> Es importante recalcar que la depresión es mayor en mujeres en los países de habla hispana con un 36.8% y las inmigrantes latinas a los Estados Unidos con un 54%.<sup>29</sup>

La etnia como factor predisponente a padecer depresión gestacional, puede explicarse por los niveles más altos de ingresos en las madres blancas que en las madres de color, así como también la diferencia entre el apoyo social, espiritualidad y autoestima. Todas estas características pueden actuar como amortiguadores contra posibles factores de riesgo y reducir la incidencia de depresión. Con base a estos datos, ser parte de un grupo étnico minoritario puede no ser un factor dependiente para el desarrollo de síntomas depresivos. Encontrando realmente que pertenecer a un grupo minoritario tiene otros factores de riesgo asociados.

Siguiendo la misma línea, estudios han establecido que la mayor prevalencia de depresión entre las madres negras e hispanas se explica principalmente por menores ingresos y dificultades financieras. También, se han establecido que las preocupaciones financieras están significativamente asociadas con dificultades de salud mental durante el embarazo, en lugar de pertenecer a un grupo étnico específico.<sup>22</sup> Las mujeres con minorías étnicas y bajos recursos económicos tienen menos probabilidades de buscar atención de salud mental durante los meses prenatales, pudiendo explicarse por barreras de transporte, costo y cuidados de la familia.<sup>29</sup>

Las actitudes y creencias culturales relacionadas con el papel de la mujer como madre también pueden reducir la probabilidad de acceder a la atención. Las mujeres latinas, generalmente tienen una fuerte identificación étnica familiar que las limita a buscar atención profesional, en lugar de esto dependen del apoyo de su pareja o de algún miembro de su familia.<sup>29</sup>

Los migrantes enfrentan mayores tasas de enfermedad física y mental en comparación con poblaciones de acogida, debido a una multitud de factores estresantes experimentados antes, durante y después de la migración. Las mujeres migrantes que están embarazadas o en el postparto pueden constituir un grupo especialmente vulnerable, debido a las necesidades sociales y de salud particulares durante este periodo. Los trastornos mentales son uno de los más comunes del periodo prenatal. En países de altos ingresos, la depresión y ansiedad afectan del 8.5% al 12.9% y 12.3% al 13%, respectivamente. En países de ingresos bajos y

medianos, las tasas son más altas, aproximadamente entre 15.6% a 19.8% de las mujeres experimentan depresión durante el periodo prenatal. Las mujeres migrantes pueden llegar a tener tasas tan altas como 42%.<sup>30</sup>

Los determinantes de los trastornos mentales en mujeres migrantes son complejos e incluyen muchos factores económicos, psicosociales, obstétricos, de migración y de sistemas de salud. En una revisión sistemática y un metaanálisis realizado en 2016, se encontraron trece estudios que evaluaron los factores asociados a enfermedad mental. La edad se identificó como un factor asociado en dos estudios: uno encontró que las mujeres de más de 30 años tenían mayor riesgo, mientras que otro encontró que las mujeres de menos de 25 años tenían un mayor riesgo. Se encontraron otros estudios en donde los factores protectores fueron una relación estrecha con la pareja, la habilidad del idioma local y una mayor duración de residencia en el país destino.<sup>30</sup>

Dentro de los factores de riesgo clínicos se identificaron la primiparidad, cesáreas y poca satisfacción con la experiencia del parto. Así también, la historia personal o familiar de depresión aumenta en gran medida y significativamente el riesgo de depresión.<sup>30</sup>

Con base a este metaanálisis se pudo concluir que la depresión prenatal es un problema que afecta de manera importante a las mujeres migrantes, siendo esta una de cada tres. El aislamiento social que enfrentan las comunidades migrantes puede verse exacerbado por las barreras lingüísticas, culturales y puede representar una dificultad significativa para las nuevas madres que necesitan apoyo en un país que no es el suyo.<sup>30</sup>

Como ya se ha establecido, el apoyo social es un factor protector para evitar trastornos mentales. Este apoyo es un factor, del que muchas veces carecen las gestantes migrantes, por lo que es importante generar redes comunitarias que les permitan sentirse más acogidas en un país extranjero. Los profesionales de salud deben ser conscientes del desafío que enfrentan estas mujeres y fomentar una participación social y familiar.<sup>30</sup>

De acuerdo con una revisión sistemática en 2016, la prevalencia de depresión prenatal fue mayor en mujeres de color no hispanas que las blancas no hispanas. Se menciona que la prevalencia en hispanos fue más alta.<sup>30</sup>

#### **1.4. Estado civil**

La sintomatología depresiva en gestantes es más frecuente en mujeres que no están casadas, solteras o que no viven con su pareja. Las mujeres que no están casadas tienen mayor riesgo de presentar depresión durante el embarazo. La razón de esta mayor prevalencia

puede explicarse porque experimentan más soledad, menos apoyo social, menos confianza en sí mismas y son mujeres que tiene una mayor probabilidad de vivir solas, todos estos escenarios hacen que sea más vulnerable su estado de ánimo.<sup>20</sup> Por esto, no solo debe centrarse en el estado civil del paciente si no en la relación que tiene con la pareja.<sup>22</sup>

Muchas mujeres, en el embarazo perciben una limitación en su calidad de vida, con ciertas restricciones debido a la evolución de la gestación. Todo esto lleva a las mujeres a tener una mayor necesidad de cuidados por parte de su pareja, por lo que se establece el estado civil y la relación con la pareja como un factor de riesgo para desarrollar depresión. Los problemas dentro de un matrimonio se han asociado con el inicio temprano de depresión. De manera general, las mujeres embarazadas que carecen de apoyo de la pareja tienen mala relación o están insatisfechas con la relación que mantienen, lo que genera más probabilidad de tener depresión durante el periodo prenatal.<sup>31</sup>

El apoyo y la satisfacción conyugal son factores protectores contra la depresión prenatal. Siendo así, una relación problemática, conflictiva e insatisfecha con la pareja un factor de riesgo para desarrollar este trastorno mental. Un buen apoyo proporcionado por la pareja es crucial para la futura madre. La presencia de una pareja actúa como un amortiguador contra las dificultades experimentadas en la transición de la maternidad, protegiendo así la salud mental materna. En contraste una relación problemática con la pareja causa estrés a la mujer, lo que le dificulta adaptarse al embarazo.<sup>22</sup>

Factores como el estado civil o la duración de una relación, pueden influir en la cantidad de apoyo que recibe la nueva madre y podrían considerarse factores de riesgo de depresión durante el embarazo. Algunos estudios han identificado que las mujeres que experimentan síntomas depresivos en el periodo prenatal tienen más probabilidades de ser solteras o tener una pareja que no viva en el mismo hogar. Hay estudios que han encontrado que las mujeres experimentan un mayor nivel de depresión cuando viven con amigos o en una comunidad, en comparación con las que viven con su pareja.<sup>22</sup> Se ha establecido que las mujeres con menos satisfacción matrimonial tienen un riesgo cuatro veces mayor de experimentar depresión prenatal que las gestantes con un matrimonio satisfactorio. Siendo así la insatisfacción matrimonial un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos.<sup>32</sup>

Sin embargo, es importante mencionar, que hay investigadores que han observado que la evidencia de que las madres solteras reportan niveles más altos de síntomas depresivos durante el embarazo que las mujeres con pareja, puede explicarse por un historial previo de depresión, problemas emocionales actuales, abuso previo, nivel alto de estrés diario, percepción materna del bebé y nivel de ingresos. Curiosamente, las madres solteras tienen

niveles más bajos de síntomas depresivos en comparación con mujeres con pareja sin apoyo. Por otro lado, existen estudios que no han encontrado que el estado civil fuera un predictor significativo de depresión prenatal. Resaltando así la importancia de considerar no solo el estado civil de las gestantes como factor de riesgo, sino considerar la calidad de la relación con la pareja. Con base a esto, se ha podido concluir que ser madre soltera es mejor que tener una relación difícil y sin apoyo.<sup>22</sup>

En Etiopía en 2018, se realizó una revisión sistemática en el que el estado civil fue considerado uno de los factores de riesgo para desarrollar depresión durante el periodo prenatal, siendo así que las mujeres que no estaban casadas tenían más probabilidad de deprimirse que las madres casadas.<sup>20</sup>

Por otro lado, es importante destacar que las parejas o matrimonios que utilizan alguna técnica de reproducción asistida, genera un efecto negativo en el ámbito emocional de la mujer. Las gestantes experimentan un mayor estrés físico y mental, por lo que se considera un factor de riesgo para depresión durante el periodo prenatal.<sup>32</sup>

## **1.5. Nivel educativo**

Las condiciones socioeconómicas desfavorables y alta desconfianza social se asocian con la aparición de depresión.<sup>33, 23</sup> Las dificultades financieras, el desempleo, y el bajo nivel educativo se destacan como factores de riesgo para depresión gestacional. Se ha sugerido que una mayor educación aumenta el nivel de protección contra esta patología.<sup>14</sup> Durante el 2015, se estableció que un bajo nivel educativo materno se asocia con cinco veces más probabilidad de depresión en mujeres mexicanas. Por otro lado, en Brasil, se determinó que un bajo nivel educativo se asocia con 2.38 veces más de probabilidad de padecer depresión prenatal.<sup>26, 34</sup> Así otros estudios han establecido que las mujeres con educación superior o universitaria tienen más probabilidad de tener depresión prenatal que las mujeres con educación secundaria o inferior. Las gestantes con educación superior tienen más probabilidad de sufrir autolesiones, llanto y preocupaciones irrazonables, así como también menos probabilidad de encontrar el lado divertido de las cosas y disfrutarlas. No está claro aún por que las personas con este nivel educativo tienen más probabilidad de sufrir depresión gestacional. Las posibles razones podrían ser que tiene más acceso al conocimiento de la salud y están más preocupadas por su salud mental.<sup>32</sup>

La depresión prenatal es más común en mujeres con bajos logros educativos. Un estudio realizado en Bangladesh en el 2011, con datos transversales de un estudio de cohorte

prospectivo basado en una comunidad rural, utilizó una muestra de 720 gestantes seleccionadas al azar encontrando que la ansiedad prenatal estaba inversamente asociada con la alfabetización. Este resultado fue consistente con otros estudios realizados en Brasil, Chile, Indonesia y Pakistán. Las mujeres alfabetizadas pueden tener buenas redes de apoyo social, lo que se ha identificado como un factor protector. Se ha explicado que la alfabetización brinda a las personas una sensación de autoestima o autoeficacia mejoradas, aumenta los sentimientos de autoestima, disminuye los sentimientos de vergüenza y de esta forma reduce los síntomas depresivos. En contraste, en Estados Unidos, se ha destacado la educación como un factor de riesgo, explicando que las personas con una educación alta son más sensibles y no se avergüenzan de admitir síntomas depresivos.<sup>22,35</sup>

Durante el 2012, en un metanálisis se estableció que las mujeres con mayor educación tienen menor riesgo de presentar depresión durante el periodo prenatal.<sup>14</sup>

En un estudio prospectivo durante el año 2012, se investigó la asociación entre los factores perinatales y los niveles de depresión antes y hasta 18 meses después del parto. Con una muestra de 161 gestantes, se identificó que cuanto más alta era la educación escolar de las participantes, menores eran los puntajes de depresión durante el último trimestre. La educación escolar se dividió en tres grupos: el grupo 1 era un nivel educativo bajo o ninguna; el grupo 2 era nivel medio y el grupo 3 era el nivel más alto. De estos, las gestantes que menos síntomas depresivos presentaron fueron las del grupo 3.<sup>34</sup>

Las mujeres se benefician de un nivel superior de educación de la siguiente forma: mejor conciencia de la depresión y mejor capacidad de juzgar su propio estado emocional. También se relaciona el nivel educativo con el conocimiento sobre la atención prenatal. Se ha identificado que la falta de conocimiento sobre el control prenatal es un factor de riesgo para desarrollar depresión durante este periodo. Las mujeres embarazadas que tienen un conocimiento insuficiente sobre la atención prenatal tienden a enfrentar más preocupaciones sobre su condición física y mental. El conocimiento y educación sobre el control prenatal podría evitar que las mujeres embarazadas no busquen servicios de atención, lo que podría causar o agravar las molestias psicológicas. La adquisición del conocimiento materno depende del nivel educativo de la embarazada.<sup>32</sup>

## **1.6. Ocupación**

Las mujeres que son amas de casa comparadas con embarazadas que trabajan dentro del gobierno o en instituciones privadas tienen mayor riesgo de padecer depresión. Es importante resaltar que las gestantes dedicadas al comercio o trabajos informales tienen más

riesgo de desarrollar depresión durante el periodo prenatal.<sup>20</sup> Se realizó un estudio en el Hospital Materno Infantil en Okinawa, en donde se relacionaron el empleo, tipo de trabajo, ingreso familiar y el nivel educativo como factores de prevalencia; concluyendo que el empleo de tiempo parcial o completo, la educación técnica o profesional se asociaron con una menor proporción de síntomas depresivos durante el embarazo. Se ha visto con mayor frecuencia depresión prenatal en mujeres con educación baja o grado de escolaridad incompleta y desempleadas.<sup>15, 23, 21, 22</sup>

Las mujeres embarazadas con bajos ingresos, ingreso mensual menor de 45 dólares, son más vulnerables a la depresión que pacientes con ingresos mayores. Además, las gestantes con problemas de dinero o deudas tienen más probabilidad de desarrollar esta patología. La situación económica juega un papel importante en el desarrollo de la vida de una persona, los contextos económicos negativos expuestos anteriormente disminuyen la capacidad que la gestante desarrolle una vida independiente, genera preocupaciones en la futura madre por el recién nacido y sobre la lucha financiera a que se enfrentara después del nacimiento.<sup>20</sup> Las mujeres con bajo nivel socioeconómico están en riesgo de experimentar uno o más episodios depresivos durante su vida.

Las condiciones socioeconómicas desfavorables y alta desconfianza social se asocian con la aparición de depresión.<sup>33, 23</sup> Las dificultades financieras, el desempleo, y el bajo nivel educativo se destacan como factores de riesgo para depresión gestacional. Se ha sugerido que una mayor educación aumenta el nivel de protección contra esta patología.<sup>36</sup> Durante el 2015, se estableció que un bajo nivel educativo materno se asocia con cinco veces más probabilidad de depresión en mujeres mexicanas.<sup>34</sup>

Se ha encontrado una relación entre el estado laboral durante el embarazo y los ingresos, con la depresión gestacional de forma significativa. Lo que ha evidenciado que es importante considerar tanto la presión ejercida por el trabajo como la presión económica que puede generar. El desempleo, el trabajo como funcionarios públicos y trabajadores relacionados con la atención de salud son más propensos a desarrollar depresión prenatal que otras ocupaciones. Otros estudios han demostrado, que la duración extra de trabajo, así como el estrés se asocian significativamente con el desarrollo de síntomas.<sup>32</sup>

Fisher en su revisión sistemática en 2012, estableció que el tener bajos ingresos, dificultades económicas y desempleo está más relacionado con padecer depresión durante el periodo prenatal. Por tanto, el tener un trabajo permanente o seguro y un compañero empleado se establecieron como factores protectores. Incluso se estableció que el no ser propietario de



un automóvil se asociaba con mayor riesgo de sufrir algún trastorno mental durante el embarazo.<sup>14</sup>

En 2017, se publicó una revisión narrativa, en la cual se incluyeron estudios empíricos, revisiones y metaanálisis publicados en los últimos cinco años. Dentro de estos, un estudio reveló que las mujeres que trabajan tenían una tasa significativamente menor de síntomas de depresión, correspondiente al 8%, que las amas de casa que presentaban 19%. Las mujeres que habían dejado de trabajar y las estudiantes, presentaron síntomas en un 14%. Por otro lado, en un metaanálisis multivariado entre los factores que se asociaron significativamente con la depresión prenatal fueron bajos ingresos. En este se compraron las tasas de depresión prenatal en mujeres trabajadoras y no trabajadoras, concluyendo que el estado laboral no fue un factor de riesgo significativo en los análisis multivariados.<sup>26</sup>

En relación a lo antes expuesto, la demografía de gestantes a nivel mundial ha variado a lo largo de los años. Las tasas de fertilidad han disminuido con el paso del tiempo, así como la edad materna. Sin embargo, influye significativamente el país o región de la que se hable, ya que en países de África, América Latina y el Caribe a pesar de haber disminuido el número de niños por mujer, los embarazos en adolescentes han aumentado en gran cantidad. Pudiendo argumentarse en que son países menos desarrollados, en donde aún se preservan ideas culturales como el machismo. Los factores sociodemográficos, de los cuales se habló durante este capítulo, tienen un papel importante en el desarrollo de depresión prenatal, dentro de los que se menciona la edad siendo las mujeres adolescentes las más predispuestas. Por otro lado, el pertenecer a un grupo étnico minoritario también se estableció como un factor de riesgo, sin embargo también se menciona que la etnia no es un factor independiente sino que está relacionado con otros que al final en conjunto pueden llegar a desarrollar este trastorno mental. Las mujeres solteras o sin pareja así como las que tienen relaciones conflictivas son poblaciones vulnerables a presentar depresión. Finalmente las mujeres con menor nivel educativo pueden llegar a presentar esta patología, esto ligado a la falta de oportunidades o recursos que esto puede conllevar. Las mujeres desempleadas o que no tienen una fuente de ingreso económico estable pueden tener episodios depresivos o de ansiedad por la idea de no poder sostenerse ellas mismas ni a su futuro bebé. Es importante conocer que existen otros factores que se han establecido para el desarrollo de depresión gestacional como los factores clínicos, de los cuales se habla en el siguiente capítulo. Ligado a esto se dará una perspectiva general sobre la fisiopatología, manifestaciones clínicas y herramientas diagnósticas, para dar un abordaje oportuno a la paciente.

## **CAPÍTULO 2. FACTORES CLÍNICOS DE DEPRESIÓN EN GESTANTES**

### **SUMARIO**

- Epidemiología
- Definición
- Manifestaciones clínicas de depresión gestacional
- Fisiopatología de depresión gestacional
- Etiología
- Tamizaje de depresión prenatal
- Diagnóstico de depresión prenatal
- Complicaciones maternas y fetales de depresión prenatal

En el siguiente capítulo se abordará la fisiopatología que está involucrada, así como también los cambios hormonales relacionados al embarazo y la depresión. El diagnóstico en países de tercer mundo es aun ineficaz, esto se debe a la amplia variedad de sintomatología que puede presentarse, en el 2013 fueron establecidos los síntomas cardinales de depresión, pero las manifestaciones pueden ser desde síntomas leves o severos, por lo que el diagnóstico deberá apoyarse en test, entrevistas y evaluación. Se debatirán los factores clínicos más importantes tales como antecedentes médicos y antecedentes familiares, debido a que la genética y depresión previa al embarazo son factores determinante en el desarrollo de esta patología, entre otros se encuentra morbilidades como diabetes, hipotiroidismo y antecedentes obstétricos como abortos previos, la edad gestacional y la paridad los cuales tienen una fuerte relación, por lo que el tamizaje con diversos test como el Test de Edimburgo aumentará el diagnóstico y se podrá brindar un abordaje oportuno. La depresión prenatal trae consigo consecuencias tanto maternas como fetales, como bajo peso al nacer, parto pre término y complicaciones obstétricas.

### **2. 1 Epidemiología**

La depresión es considerada el trastorno psiquiátrico afectivo más prevalente, según la Organización Mundial de la Salud, 322 millones de personas tienen depresión. Entre 2005 y el 2015 el número estimado de personas con depresión aumento en un 18.4%, siendo dos veces más frecuente en mujeres en edad adulta que en varones. América reporta 48.16 millones de casos de trastorno depresivo, con una tasa de prevalencia de 5.8%. Esta patología se presenta con más frecuencia en mujeres con un 5.1%, que en hombres con 3.6%, siendo así las mujeres más propensas a padecer trastornos psiquiátricos.<sup>6,7</sup> Esta patología es la segunda causa de

discapacidad en las mujeres y la morbilidad más común durante el periodo de gestación.<sup>37</sup> En Guatemala, en el año 2015 se reportaron 580 994 casos de trastornos depresivos, representado el 3.7% de la población.<sup>7, 38</sup>

La edad de presentación es independiente, aunque la mayoría de los casos se han presentado en personas de 15 a 45 años las cuales presentan al menos un episodio durante toda su vida. Estudios recientes revelan que pacientes entre la preadolescencia y adolescencia pueden presentar esta patología la cual es subdiagnosticada debido a no presentar todos los síntomas descritos para depresión. La Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas y Salud demostró que jóvenes entre 12 y 17 años han sufrido de un episodio depresivo mayor con una prevalencia de 8% en Estados Unidos, por lo que infieren que la prevalencia para niños es de 5% y aumenta en adolescentes de sexo femenino hasta en un 20% con una relación 2:1 respectivamente. Las tasas de prevalencia varían según la edad y alcanzan su punto máximo en la edad adulta, las mujeres entre 55 y 74 años por arriba de 7.5%, mientras que los hombres por encima de 5.5% en el mismo rango de edad.<sup>37</sup> Guatemala determinó que entre los 20 y 59 años es la etapa de mayor riesgo tanto para hombres como para mujeres.<sup>39</sup>

El comportamiento de la depresión prenatal a nivel mundial es complejo, debido al número limitado de estudios sobre la prevalencia de esta enfermedad. No se consigue estandarizar cifras a nivel mundial debido a la amplia gama de herramientas utilizadas para el tamizaje. En Italia durante los meses de septiembre 2005 a agosto 2006 se realizó un estudio en el Centro de Atención Prenatal del Servicio Público de Salud del distrito de Mantova para evaluar el tiempo de inicio, duración y factores de riesgo de depresión mayor y menor en embarazadas que acudían a control prenatal. Se evaluaron 154 mujeres gestantes utilizando la evaluación de atención primaria de trastornos mentales y la escala de ansiedad y depresión del hospital. Se diagnosticó depresión mayor en 19 mujeres, 28 con depresión menor y 107 sin síntomas depresivos. El riesgo de desarrollar depresión mayor se determinó al inicio del embarazo en mujeres con antecedente de episodios depresivos previos y conflictos con su pareja. El riesgo de depresión menor se determinó en mujeres ama de casa, presencia de episodios depresivos previos y un embarazo no planificado. Con lo que se concluyó que tanto la depresión mayor y menor afectan a las mujeres embarazadas, principalmente a las mujeres con historia de depresión previa.<sup>40</sup>

Se publicó un estudio durante el año 2015, el cual fue de cohorte prospectivo donde se incluyeron 749 mujeres embarazadas que asistían a control prenatal en Oslo entre el 2008 y 2010. Realizaron entrevistas sobre las características demográficas, problemas de salud y factores psicosociales con el objetivo de determinar la prevalencia. Se definió como depresión

durante el embarazo pacientes con una puntuación igual o mayor a 10 puntos en la escala de Edimburgo, en pacientes con 28 semanas de edad gestacional. La prevalencia que se determinó fue: 8.6% en países europeos occidentales, 19.5% medios orientales, asiáticos del sur 17.5% y otros grupos 11.3%. Se determinó que la población oriental media y asiáticos del sur presentaron un riesgo alto de depresión en comparación con los europeos occidentales. La posición económica y la estructura familiar influyeron en el desarrollo de depresión en un 16-18%. Otro de los factores de riesgo encontrados fue haber vivido un evento adverso, antecedente personal de depresión y tener algún problema de salud en los tres meses previos a la concepción.<sup>41</sup>

Durante el año 2015 se difundió un estudio realizado en 397 gestantes de la región de Mwanza en el norte de Tanzania que acudían a control prenatal durante el mes de junio y agosto del año 2013. Las pacientes, en cualquier trimestre del embarazo, proporcionaban sus datos a través de la escala de Edimburgo y un cuestionario sobre factores de riesgo psicológico, demográfico y de comportamiento relacionados con depresión prenatal. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre los factores y la depresión prenatal. La prevalencia que se estableció fue 33.8% de depresión prenatal. Gestantes con una mala relación con su pareja y un estado socioeconómico bajo o moderado fueron los factores que obtuvieron el OR más alto con 95%.<sup>42</sup>

En Turquía durante el año 2015 se realizó un estudio titulado: "La depresión sin tratamiento durante el primer trimestre de embarazo conduce a depresión postparto". En este se involucraron 78 mujeres embarazadas con diagnóstico de depresión. Todas las pacientes fueron diagnosticadas utilizando la entrevista estructurada del DSM IV Trastornos del eje I durante el primer trimestre y fueron referidas para atención psiquiátrica y tratamiento. Estas pacientes fueron contactadas después del parto y reevaluadas con el mismo instrumento. El tratamiento se evaluó de forma retrospectiva. Las puérperas fueron divididas en dos grupos de acuerdo con el tratamiento psiquiátrico que recibieron. En el primer grupo estaban 21 pacientes que recibieron tratamiento durante el embarazo, mientras que en el segundo estaban 52 no tratadas. En el primer grupo no se reportó ningún caso de depresión postparto. En las pacientes que no recibieron tratamiento un 92% tenían depresión postparto. De esta forma se concluyó la depresión prenatal como un predictor importante de depresión postparto.<sup>43</sup>

Los determinantes de la depresión prenatal y postnatal fueron estudiados en Australia durante el 2018. Fue un estudio de cohorte retrospectivo de madres con nacimientos vivos registrados durante el 2014 dentro del distrito de salud del suroeste de Sidney y en New South Wales, Australia. Se realizaron modelos de regresión logística para investigar aspectos

sociodemográficos, psicológicos y los determinantes de los servicios de salud relacionados con los síntomas depresivos prenatales y postnatales, medidos utilizando la escala de Edimburgo. La prevalencia de síntomas depresivos fue de 6.2% durante el periodo prenatal y 3.3% postnatal. Dentro de los factores de riesgo significativos encontrados están falta de apoyo por parte de la pareja, antecedente de violencia intrafamiliar y el estado socioeconómico. Los síntomas depresivos durante el periodo prenatal estuvieron fuertemente relacionados con los del periodo postparto. <sup>44</sup>

En Sur África, durante el año 2018, se examinó la prevalencia de depresión y ansiedad en el primer trimestre de gestación, en un estudio de cohorte, y la asociación con factores de riesgo. Los datos fueron recolectados de 946 mujeres, determinando depresión prenatal a través de la escala de Edimburgo con una puntuación por arriba de 13 puntos. La ansiedad se determinó con el índice de ansiedad por rasgos de estado con una puntuación arriba de 12 puntos. La prevalencia de depresión prenatal encontrado fue de 27% y de ansiedad 15.2%. Entre los factores de riesgo con mayor relación a estos trastornos fue la relación familiar. Se concluyó que tanto la depresión como la ansiedad prenatal son frecuentes durante el primer trimestre de embarazo y la relación con la familia y pareja son los estresores centrales. <sup>45</sup>

En la última década se han incrementado estudios con diversas escalas creadas demostrando un aumento de los casos y costos asociado al tratamiento y manejo, países europeos tales como España en el año 2016, realizaron un estudio utilizando la herramienta Inventario de depresión de Beck al igual que se investigaron factores predisponentes evidenciando que el 17.9% de pacientes gestantes presentó depresión influenciado por planificación del embarazo, apoyo social y conflicto matrimonial que influyen para el desarrollo. <sup>6</sup>

En América, son pocos los datos acerca de depresión prenatal, debido a que se ha estudiado mucho más la depresión post parto. En México, se realizó un estudio transversal en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER) entre enero y diciembre de 2006 con un total de 209 mujeres entre 24 y 34 semanas de embarazo, a quienes se les aplicó como prueba de tamizaje la escala de depresión perinatal de Edimburgo. Se estableció como punto de corte una calificación de 14 puntos para agruparse como casos positivos y negativos menos de esta puntuación. <sup>46</sup>

Como estándar de oro, ambos grupos fueron evaluados en el Departamento de Investigación Psicosocial del INPerIER con una entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje II del DSM IV y la entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para establecer o descartar el diagnóstico de depresión. De la muestra tomada, según los resultados obtenidos, 46% resultaron positivas y

54% negativas. Tomando en cuenta el estándar de oro, se encontró 36% verdaderos positivos y 10% falsos positivos; 50% verdaderos negativos y 4% falsos negativos. Se utilizó una tabla de 2x2 en donde se determinó que la escala de Edimburgo tenía una sensibilidad del 90%, especificidad del 82% y valores predictivos positivos de 77% y negativos de 94%. En base a los datos obtenidos se concluyó que la escala de depresión perinatal de Edimburgo es un instrumento válido y seguro para detectar depresión perinatal.<sup>46</sup>

Dentro de la misma institución se realizó un estudio en 2009, con el objetivo de determinar los diferentes niveles de depresión en adolescentes embarazadas, dependiendo de la edad en la que se embarazaron y del apoyo recibido por personas cercanas. Se tomó una muestra de 100 mujeres, de las que 50 eran adolescentes menores de 18 años y 50 adultas que acudían a la consulta externa de este hospital.<sup>46</sup>

Las diferencias encontradas no fueron significativas entre el grupo de adolescentes y adultas gestantes, pero se hace énfasis en que la depresión en adolescentes posee características típicas de esta etapa, lo cual puede enmascarar las conductas o sintomatología, dificultando su detección. Entre los resultados las adolescentes que no tenían relación de pareja desarrollaron depresión con sintomatología grave lo que se relacionó con agresión física, verbal, desempleo y falta de ingreso económico. La mayoría de las mujeres que contaban con apoyo materno tendían a desarrollar depresión leve.<sup>37, 46</sup>

En Perú durante el año 2012, se realizó un estudio de casos y controles con el objetivo de analizar los factores asociados a depresión en gestantes, se llevó a cabo en el Instituto Nacional Materno Perinatal aplicando la escala de Edimburgo a 226 gestantes, 113 deprimidas (casos) y 113 no deprimidas (controles), también se les realizó un formulario de factores asociados a depresión en el embarazo. Se encontró factores de riesgo con asociación significativa como: violencia psicológica en la niñez, violencia psicológica en la adolescencia, antecedente de episodio depresivo, relación regular con la familia, relación regular con la pareja y violencia psicológica con la pareja.<sup>38</sup>

También se establecieron factores protectores como: buena relación con la familia, apoyo emocional de la familia, buena relación con la pareja, apoyo emocional de la pareja y embarazo deseado por la pareja. Factores como el antecedente de un episodio depresivo, violencia psicológica con la pareja y ausencia de embarazo deseado por la pareja predicen el 67.3% del problema. Concluyendo así que los factores psicológicos personales, familiares y de pareja están asociados significativamente al desarrollo de depresión durante el embarazo. Realizando una comparación con estudios previos en el mismo país en 2008, se reportó una

prevalencia de 34.7% de depresión en embarazadas, evidenciando de esta manera el aumento de la prevalencia a lo largo de los años.<sup>38</sup>

En 2015 se realizó un estudio con el título “Depresión prenatal y su relación con bajo peso al nacimiento, en Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora en Ecuador”, se utilizó la escala de Edimburgo y Beck en 118 mujeres en periodo de gestación, como resultado se obtuvo que el 66.94% de pacientes presentaron depresión, de las cuales 10.12% tuvieron hijos con bajo peso al nacimiento.<sup>5</sup>

Durante el año 2016 en Perú una investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión en gestantes. Se trabajó con una muestra de 100 pacientes de 15 a 37 años, con un periodo de gestación entre el primer y octavo mes. Se encontró que el 19% presentaba depresión moderada, 12% severa y el 11% depresión leve. Con respecto al estado civil: 4.7% de las gestantes solteras presentaron depresión severa y 52.38% moderada. En función del trimestre de gestación: en el primer y tercer trimestre presentaron depresión severa 16% y 11% respectivamente, depresión moderada 19.35% y 20.59%.<sup>45</sup>

Un estudio descriptivo transversal en Colombia durante 2019, utilizando la escala de depresión perinatal de Edimburgo, autoevaluación de ansiedad de Zung y cuestionario de apoyo social percibido, establecieron razones de prevalencia. Para la escala de Edimburgo utilizaron un punto de corte  $\geq 12$  puntos, con una sensibilidad del 94% y especificidad del 77%, encontrando así este punto de corte como el más confiable para realizar el tamizaje en pacientes gestantes. En la escala de Zung se consideró presencia de ansiedad en pacientes con puntajes  $\geq 40$  puntos. Se tomó una muestra de 244 gestantes con edad promedio de 24.8 años encontrando una prevalencia de depresión del 24.6% y ansiedad del 25.8%. La depresión está asociada con antecedentes familiares, presencia de ansiedad y consumo de alcohol. Como factor protector se encontró que la paciente tenía dos fuentes de ingresos. La ansiedad se asoció a presencia de depresión, violencia psicológica y no tener confianza con la pareja. Con base a estos datos se pudo concluir que la ansiedad y depresión están fuertemente asociadas, así como la importancia de detectar las morbilidades psicosociales de la embarazada.<sup>38</sup>

Durante el mismo año se realizó otra investigación en Colombia en donde se tomaron a 112 mujeres embarazadas o en el postparto inmediato, a quienes se aplicó la escala de Edimburgo y se estudió la posible asociación con factores de riesgo psicosociales ocurridos en el último año. La prevalencia de síntomas depresivos perinatales fue de 22.36%. Se encontró una asociación entre una puntuación  $\geq 12$  y los siguientes factores psicosociales: finalización de la relación de pareja, dificultades económicas graves y muerte de un familiar. En este estudio, una de cada cuatro mujeres había roto con su pareja y tenía problemas económicos graves;

una de cada diez había sufrido la muerte de un ser querido en el último año. Lo que señala la importancia de identificar precozmente algunos eventos psicosociales negativos como factores de riesgo de depresión perinatal, lo que permitirá dar acompañamiento y tratamiento oportuno a las pacientes que lo requiera.<sup>11</sup>

Se clasifica este trastorno como un factor importante que contribuye a la pérdida de salud sin consecuencias mortales. A escala mundial en el 2015 los trastornos depresivos representaron 50 millones de años vividos con discapacidad. Más del 80% de estos casos ocurrieron en países de medianos y bajos ingresos, como Guatemala. La tasa es de 850 años vividos con discapacidad por cada 100 000 habitantes en países de bajos y medianos ingresos.<sup>7</sup>

Para Guatemala, la depresión prenatal es una morbilidad psiquiátrica que ha sido poco estudiada, sin embargo, con el paso de los años despierta más interés. Se ha observado un aumento de su prevalencia en la última década, por lo que cada vez se realizan más estudios, aunque se realizan pocos aún. En el país se inició la investigación en 1988 con un estudio prospectivo titulado “Depresión en pacientes de control prenatal” el cual se realizó en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), con una muestra de 200 gestantes que asistieron a consulta externa del departamento de Ginecología y Obstetricia. Se utilizó como instrumento el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI), este instrumento mide las manifestaciones declaradas y también los aspectos ocultos, proporcionando así características internas de la personalidad. De esta forma se determinó que 65% de las pacientes presentaban depresión. La mayoría de ellas eran casadas y mujeres de mayor edad, determinada como 28 a 30 años.<sup>47</sup>

En 1998 se realizó un trabajo de tesis en el IGSS con el título “Síntomas depresivos durante el embarazo” con el objetivo de determinar la frecuencia de estos síntomas en mujeres gestantes de 18 a 35 años que asistían a la consulta externa de esta institución. Se utilizó el Inventario de Beck con el que se identificó que 41% de las mujeres presentaban síntomas y que el grupo etario más afectado se encontraba entre 15 y 20 años. Entre los síntomas más frecuentes se encontraron: cansancio físico, desinterés por el sexo, irritabilidad, sueño insatisfactorio, excesiva preocupación por la salud y tendencia al llanto.<sup>48</sup>

Los trastornos mentales tienen un impacto en la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura. Tres de cada cuatro personas con un trastorno mental no reciben tratamiento adecuado, esto principalmente en países con bajos ingresos. En Guatemala no hay estadísticas nacionales sobre depresión perinatal, porque no se le ha dado importancia a la salud mental, concentrado la mayoría de la atención en las morbilidades que afectan el componente físico de



la gestante. El tamizaje de rutina no se encuentra establecido dentro del control prenatal, el cual se podría iniciar en el primer nivel de atención, ya que es el primer contacto con la paciente y el momento ideal para realizar una detección temprana.<sup>12,49</sup>

El 10 de octubre se celebra el día mundial de la salud mental. Durante el año 2012 el tema prioritario fue “depresión: una crisis global”. En el país, uno de cada cuatro guatemaltecos mayores a 18 años ha padecido al menos un trastorno mental y solamente el 2.3% ha consultado con algún profesional en salud. Para el 2020 se estima que la depresión será la segunda causa de discapacidad y para el 2030 será la principal causa de enfermedad.<sup>49</sup>

Guatemala reportó un total de 580 994 casos de depresión, que representa a un 3.7% de la población.<sup>1</sup> Siendo el comportamiento de los trastornos mentales mayor en siete áreas del país: Peten norte, Guatemala central, Jutiapa, Zacapa, Guatemala nororiente, Santa Rosa y Escuintla.<sup>39</sup>

La depresión durante el período prenatal afecta entre un 8% y 11% a las gestantes de países desarrollados; mientras que en países de ingresos bajos y medios afecta a un 20%. A través de estudios realizados se encontró que los síntomas depresivos se presentan con mayor proporción en el segundo trimestre con 13% y tercer trimestre 12%, en contraste con el primer trimestre que solamente 7% de la población presenta sintomatología.<sup>4, 5, 44</sup>

Es importante mencionar que la tasa de suicidio ha aumentado, siendo 800 000 personas incluyendo niños y adultos que han tenido un intento de suicidio o suicidio consumado, los cuales en un 50% han demostrado sufrir depresión mayor. Únicamente el 15% de personas que sufren depresión son los que se suicidan, por lo que los pacientes con esta patología aún continúan siendo infra diagnosticados.<sup>5, 50, 51</sup>

## **2. 2 Depresión prenatal**

La depresión es un trastorno constituido por síntomas de tipo afectivo, cognitivo, volitivo y físico. Anteriormente se creía que afectaba únicamente a personas adultas, pero se ha demostrado que niños y adolescentes también la pueden presentar, incluso se puede desarrollar durante el periodo de gestación. Aunque la presentación clínica, durante este periodo, es menos específica o suele confundirse, por lo que debería ser investigada por el aumento de la prevalencia y la relevancia en las posibles complicaciones en la vida adulta.<sup>7,50,51</sup>

Es importante hablar acerca de las consecuencias que se llegan a presentar en la vida cotidiana, los cuales pueden ser evaluados mediante observación del individuo. Entre estos aspectos observacionales podemos tomar en cuenta el deterioro de la apariencia, aspecto personal, lentitud de movimientos, llanto fácil y la alteración en el ciclo del sueño. El

interrogatorio deberá ser guiado tanto a la persona que se está estudiando como también hacia las personas que convivan estrechamente con la persona, porque se obtendrá más información que puede orientar al diagnóstico temprano y oportuno.<sup>50,51</sup>

Debido a que las enfermedades psiquiátricas han aumentado, el tratamiento de estas ha sido enfocado de manera holística, tanto en el ámbito personal, familiar y laboral; por lo que se busca que se dé una participación tanto del paciente como de familiares, los cuales en un gran porcentaje de casos tienen una influencia para el desarrollo y evolución de la enfermedad.<sup>4, 50</sup>

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) define depresión mayor como la presencia de al menos 5 síntomas como: ánimo depresivo, pérdida de interés y placer, aumento o pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, enlentecimiento o agitación psicomotor, sensación de pérdida de energía o fatiga, sentimientos de culpa e inutilidad, pérdida de concentración e indecisión y pensamientos suicidas o de muerte recurrentes, los cuales deben estar presentes la mayor parte del día, durante al menos dos semanas. Según el CIE-10 debe presentarse esta sintomatología sin que se tenga consumo de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico previo al que sea atribuibles los síntomas en el momento del diagnóstico.<sup>5</sup>

Aunque el síntoma más referido por los pacientes es la pérdida de interés a actividades que anteriormente les producía placer. La importancia de un diagnóstico temprano y oportuno es disminuir el impacto que esta tendrá en la educación, producción, funcionamiento y relación interpersonal. También evitar el suicidio, el cual se puede presentar en las personas como manera de parar el sentimiento de tristeza extrema que promueve este tipo de acciones.<sup>7, 5</sup>

Actualmente está asociado a otros trastornos como es el caso de la ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas. Los trastornos de tipo alimenticios pueden presentarse en algún periodo de tiempo. Además, la depresión es más común en personas con enfermedad física crónica, los cuales exacerbaban bidireccionalmente el curso de las patologías.

La Asociación Americana de Psiquiatría en la penúltima versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), estipulaba que se podía incluir el término “depresión post parto”; por consiguiente, en la versión más reciente del DSM V en 2013, se reemplazó dicho término por “depresión peri parto”, aplicando este a todo episodio depresivo que inicie durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. La razón de este cambio es que, se comprobó que el 50% de los episodios de depresión postparto comienzan durante el embarazo. Estimaciones realizadas difieren según el período de seguimiento a la paciente, se han obtenido datos entre 3% a 6% de las mujeres experimentaran el inicio de un

episodio de depresión mayor durante la gestación o en las semanas a meses que siguen del parto.<sup>2,3</sup>

La depresión y el embarazo están relacionados debido a que comparten sintomatología sugerida por los cambios hormonales, respuesta a eventos traumáticos previos y percepción del cambio físico-social. Las mujeres durante la adolescencia pueden desarrollar depresión la cual en la mayoría de los casos no se trata y al momento de llegar a la vida adulta presenta un factor de riesgo, también al presentar depresión prenatal existe una gran probabilidad de desarrollar depresión post parto.<sup>12, 38</sup>

Se ha señalado que el embarazo es un estado adecuado de salud mental y emocional, por lo que se plantea como un factor protector contra alteraciones del estado de ánimo. A pesar de esto para algunas mujeres el período de gestación se puede convertir en un factor para aumentar las enfermedades psiquiátricas como la depresión.<sup>6,11</sup>

### **2. 3. Manifestaciones clínicas de depresión prenatal**

La depresión afecta el estado anímico de manera holística abarcando la manera de pensar y actuar. Los trastornos depresivos se presentan con una sintomatología de predominio afectivo, aunque también pueden presentarse síntomas cognitivos y somáticos, generando una afectación global psíquica y física. Se presenta de manera distinta en cada ser humano y varía desde la severidad, duración y número de episodios. Se deberá evaluar mediante una entrevista clínica presencial que consistirá en una observación y posterior cuestionario el cual deberá adaptarse al nivel cognitivo; se recomienda una entrevista a un familiar cercano.<sup>3,37, 38</sup>

La fenomenología varía dependiendo de la edad en los niños y adolescentes, ya que puede presentarse como irritabilidad consistente, malhumor, tristeza, juegos violentos, problemas de apetito, alteraciones del sueño y anhedonia considerado el más específico. Pero su limitada capacidad para comunicarse hace difícil el diagnóstico y la importancia radica en el alto número de remisiones y recurrencias, por lo que puede ser auto limitada a una duración de 7 a 9 meses y recurrir en los primeros dos años en un 40% o hasta 5 años en un 50% y tener continuidad en la edad adulta en un 60% de casos, pero varía según la gravedad del episodio. En la adultez se puede tener un episodio que se caracteriza por sentimientos de tristeza, culpa o baja autoestima, desánimo, alteraciones del sueño, pérdida de apetito y anhedonia los cuales deben tener una duración de al menos dos semanas continuas. Por lo regular existen tres síntomas considerados típicos de la depresión tal como el ánimo depresivo, pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatiga.<sup>5, 6, 7,11, 52</sup>

El cuadro clínico de depresión en el embarazo es similar al que se presenta en otras épocas de la vida. Además de los síntomas cardinales de depresión, como el desánimo, desinterés por las actividades que antes resultaban atractivas, deterioro de la autoestima, labilidad emocional, trastornos del apetito o el sueño, sentimientos de tristeza, culpabilidad o desesperanza, suelen presentarse otros síntomas asociados como angustia, irritabilidad y desconcentración. En los casos graves, se pueden presentar pensamientos destructivos de la madre hacia ella misma o al bebé.<sup>3,40</sup>

En el caso de un embarazo no planificado puede haber rechazo, rabia o ambivalencia. Asimismo, la mujer puede experimentar angustia por la responsabilidad que significa asumir el rol de madre o sentirse culpable por creer que no está contribuyendo al bienestar de su bebé.<sup>29</sup> Se han descrito conductas como el infanticidio el cual se relaciona con episodios psicóticos, representados por alucinaciones que ordenan matar al niño o delirios haciendo creer a la madre que el niño este poseído.<sup>3</sup>

Expertos en el tema relacionan patrones de pensamiento, dando la teoría de que los pacientes con depresión presentan una tríada cognitiva. El primer componente es la visión negativa personal del paciente, el segundo es la interpretación negativa de experiencias traumáticas o relevantes y el tercero una visión negativa al futuro.<sup>5</sup> Considerando así, la depresión como el principal factor contribuyente a defunciones.

## **2. 4. Fisiopatología**

Dentro del proceso fisiopatológico se encuentran involucrados el cortisol y amilasa, resistencia arterial intrauterina, desregulación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, desregulación de la tiroides, alteraciones en la oxitocina y prolactina; y desregulación del sistema autoinmune. También se han estudiado los cambios hormonales y su relación con esta patología.<sup>53,54</sup>

Investigadores sugieren que un cambio brusco de esteroides gonadales influye en el episodio depresivo. Por lo que no se ha evidenciado una relación directa entre los niveles absolutos de hormonas y el riesgo de esta enfermedad, a pesar de esto las fluctuaciones en los niveles hormonales parecen conducir sintomatología depresiva en mujeres predispuestas. La vulnerabilidad puede aumentar por factores de riesgo como genéticos, epigenéticos, sociales o ambientales.<sup>53,54</sup>

Las hormonas esteroideas reproductivas femeninas, el *estrógeno* y la *progesterona*, se derivan de un precursor común: el *colesterol*. Se ha demostrado que estas hormonas, además de sus funciones reproductivas, tienen potentes efectos neuroreguladores en comportamientos

no reproductivos dentro de los que se incluyen en el estado de ánimo y la cognición.<sup>3</sup> Los *neuroesteroides (NAS)* son metabolitos del *colesterol* que son sintetizados de novo dentro del cerebro y tienen un efecto directo sobre la excitabilidad neuronal. Dentro de estos se incluyen esteroides sintetizados por las glándulas suprarrenales y las gónadas, que cruzan fácilmente la barrera hematoencefálica para actuar dentro del cerebro. Los *NAS* interactúan con la *serotonina* y el *glutamato*, pero su objetivo principal es el sistema inhibitorio del *ácido gamma-aminobutírico (GABA)*; siendo este el principal neurotransmisor inhibitorio del cerebro funcionando a través de receptores ubicados en la membrana plasmática de las neuronas. Se ha evidenciado concentraciones más altas durante el embarazo, aproximadamente 200 veces su valor normal.<sup>1</sup> Estos niveles de esteroides elevados se pueden identificar, tanto en muestras de sangre como de orina.<sup>5</sup>

Dentro de los *NAS* inhibitorios se encuentran metabolitos reducidos de *progesterona* siendo la *alopregnanolona (ALLO)*, también llamado *3 $\alpha$ , 5 $\alpha$  tetrahidroprogesterona (3 $\alpha$ , 5 $\alpha$ -THP)*, el más estudiado dentro de la fisiopatología de esta enfermedad. Estos son potentes moduladores alostéricos del receptor de *GABA*, a concentraciones bajas mejoran la acción de *GABA* en el receptor y a mayores cantidades activan directamente el receptor sin *GABA*. Los *NAS* aumentan la frecuencia y duración de apertura de *canales de cloro* lo que genera un efecto poderoso en aumentar la actividad del *GABA*, hiperpolarizando la neurona. Produciendo así efectos inhibitorios en el comportamiento neurológico como ansiolíticos, anticonvulsivos y sedantes.<sup>53</sup>

El metabolito *ALLO* se sintetiza de novo en el cerebro, en las glándulas suprarrenales y ovarios, pero durante el embarazo la placenta también lo produce convirtiéndose en la principal fuente durante este período. Lo que genera un aumento de la concentración de este esteroide durante la gestación para luego disminuir rápidamente en el postparto. Esta disminución puede iniciar a finales del tercer trimestre cuando su precursor, *progesterona*, se empieza a acumular. Durante el embarazo hay un aumento de *ALLO* que conduce a una regulación negativa de los receptores de *GABA*, con el fin de mantener la homeostasis. Diversos son los resultados respecto a los niveles de *ALLO* y la depresión perinatal por lo que, se ha podido concluir que existe una correlación entre los niveles bajos de este esteroide y la depresión durante la gestación, principalmente en el segundo y tercer trimestre. Se ha determinado que sus niveles son proporcionales a los síntomas de la paciente. En el postparto inmediato, después de extraída la placenta, los niveles de *ALLO* caen lo que se ha postulado como causa de depresión postparto en mujeres vulnerables.<sup>53</sup>

Aún se está conociendo el papel específico de los *NAS* dentro de la depresión perinatal, se ha postulado que quizá sea responsable de esta patología la incapacidad para regular la concentración del receptor *GABA* en respuesta al cambio de los niveles de *NAS* o la actividad excitadora paradójica de *ALLO* en el receptor *GABA* secundaria a la sobreexpresión de la subunidad  $\delta$  en este esteroide. Por lo que, actualmente se tienen estudios en curso sobre el papel de los *NAS*, especialmente el *ALLO*, en la depresión perinatal.<sup>53</sup>

El eje *Hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA)* es uno de los mayores sistemas de respuesta al estrés, relacionando así su función anormal con el desarrollo de un episodio depresivo mayor durante el embarazo y el post parto. Los esteroides reproductivos como el *estrógeno* y *progesterona* interactúan con este eje, pudiendo desencadenar anomalías en mujeres susceptibles. Durante el tercer trimestre los niveles altos de *estrógeno*, *progesterona* y *cortisol* se asocian con hiperactividad del eje por un aumento de los niveles de estimulación hormonal. Durante el parto y la transición al periodo postparto, los niveles de hormonas reproductivas disminuyen rápidamente, facilitando la reducción de actividad del eje, esto por la supresión de los niveles aumentados de *Hormona Liberadora de Corticotropina (CRH)*, reducción que depende del tiempo que tarda la corteza suprarrenal hipertrófica del embarazo en volver a la normalidad.<sup>4</sup>

La placenta tiene un papel endocrino, donde se producen hormonas como *CRH*, *gonadotropina coriónica humana*, *lactógeno placentario*, *citocinas*, *quimiocinas*, *factores de crecimiento*, *cortisol*, *prostaglandinas*, *estrógenos* y *progesterona*. Estos factores están implicados dentro del estado de ánimo y en los comportamientos depresivos. La actividad de *CRH* en el plasma materno se atenúa por la presencia de la proteína circulante *CRH (CRH-BP)* producida por el hígado y la placenta. Los niveles de esta proteína disminuyen en las últimas seis semanas de embarazo generando una elevación de *CRH libre*. La *CRH placentaria (CRHP)* es la responsable del *hipercortisolismo* durante la segunda mitad de la gestación, conduciendo a una supresión transitoria de secreción hipotalámica de *CRH*, explicando así la depresión perinatal. Es importante mencionar que los *glucocorticoides*, *citocinas proinflamatorias*, afecciones anóxicas y condiciones de estrés del embarazo estimulan la secreción de *CRHP*.<sup>55</sup>

Por lo expuesto, estudios centrados en cribado para potenciales biomarcadores de estrés y depresión durante el embarazo, han propuesto *CRHP* como un biomarcador de riesgo para desarrollar depresión perinatal.<sup>55</sup>

Se han realizado estudios en los que se ha comparado el eje *HPA* en mujeres con y sin depresión en el tercer trimestre. Las mujeres deprimidas tenían una mayor secreción de *cortisol*

diurna y sus niveles eran altos al despertar. Evidenciado así una hiperactividad del *eje HPA*, indicado por el aumento de *cortisol* en los diferentes momentos.<sup>56</sup>

El sistema de *oxitocina* se ha propuesto como un mecanismo alterado durante la depresión, debido a su papel en la regulación del estrés. Es un *neuropéptido y hormona* que se ha demostrado amortigua la sobreactividad del *eje HPA*, al reducir el exceso de *cortisol*. Sigue existiendo cierta inconsistencia en los hallazgos sobre los niveles circulantes de *oxitocina* y su relación con el funcionamiento psicológico y social; aunque la mayoría de los estudios han encontrado que los niveles bajos de *oxitocina* en plasma se asocian con depresión, autismo y anorexia nerviosa.<sup>57</sup>

Se ha propuesto la *alfa amilasa salival* como un biomarcador sensible a los cambios relacionados con el estrés y la actividad del *sistema nervioso simpático (SNS)*. Es producida por las glándulas salivales y su producción está controlado por la inervación del *SNS*, por lo que se espera mayor secreción durante los periodos de angustia psicológica. Se ha evidenciado en pacientes embarazadas un aumento de la concentración de la *alfa amilasa salival* en respuesta a una situación de estrés, durante el segundo y tercer trimestre. Por otro lado, la depresión momentánea se asoció con niveles elevados de este biomarcador. Aún se realizan más estudios sobre la relación del estado de ánimo prenatal y su asociación con *alfa amilasa salival*.<sup>58</sup>

Por otro lado, la tiroides también se ve involucrada en esta patología. Se ha encontrado que las bajas concentraciones de *tiroxina total (T4T)* y *tiroxina libre (T4L)* en el embarazo tardío están relacionadas con la depresión perinatal. Porque las concentraciones de *globulina fijadora de tiroxina* durante el embarazo pueden ser un índice de sensibilidad a niveles elevados de *estrógenos*, y la depresión en gestantes se ha vinculado con una mayor sensibilidad a la desestabilización del estado de ánimo por las altas concentraciones de esteroides sexuales.<sup>59</sup>

Se han estudiado efectos beneficiosos de los factores dietéticos sobre los síntomas depresivos durante el embarazo. La *vitamina D* es uno de los factores que se ha estudiado. Se ha planteado la hipótesis que puede actuar como una *hormona neuroactiva*. Demostrando, a través de varios estudios, que los receptores de *vitamina D* se distribuyen ampliamente en todo el cerebro humano y su deficiencia altera los neurotransmisores que están involucrados en los síntomas depresivos. Se ha postulado, que la *vitamina D* modula los niveles de *iones calcio* neuronales que son responsables de la aparición de los síntomas depresivos. Una deficiencia de esta vitamina puede conducir a un aumento del *calcio* neuronal, aumentando así la depresión. Hay una asociación entre los niveles de *vitamina D* y el desarrollo de depresión durante el embarazo. Es importante tomar esto en cuenta, existe una deficiencia de 25-

*hidroxivitamina D* durante el embarazo, especialmente en mujeres de alto riesgo. La suplementación con *vitamina D* puede ser una forma simple de reducir el riesgo de padecer esta enfermedad. La suplementación con 2 000 unidades internacionales al día de *vitamina D* reduce el riesgo de depresión prenatal. Sugiriendo de esta forma que los niveles bajos de *25-hidroxivitamina D* puede ser un factor de riesgo modificable.<sup>60</sup>

Varios son los mecanismos que pueden explicar la asociación entre *25-hidroxivitamina D* y el riesgo de depresión en el embarazo. La depresión está asociada con la función desregulada del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y un aumento de los marcadores inflamatorios. Se ha demostrado que la *vitamina D* baja los marcadores inflamatorios lo que se ha relacionado con estrés psicosocial y depresión. Esta vitamina también puede tener actividad neuroreguladora directa. En conclusión, se ha asociado un bajo nivel de *vitamina D* y un mayor riesgo de síntomas depresivos durante y después del embarazo.<sup>60</sup>

Los diferentes mecanismos de la depresión prenatal pueden afectar tanto a la madre como al feto, respecto al feto aún no están muy claros, sin embargo, se ha propuesto que un aumento de los niveles de cortisol y catecolaminas puede afectar la función de la placenta y alterar el flujo sanguíneo uterino e inducir irritabilidad uterina.<sup>5</sup> Las mujeres con depresión tienen niveles altos de cortisol lo que puede conducir a prematuridad y bajo peso al nacer, lo que en muchos países es la principal causa de morbilidad y mortalidad infantil.<sup>36</sup>

## **2. 5. Etiología**

La depresión posee una etiología multifactorial. La gestación es un período en la vida de la mujer que envuelve muchos cambios físicos, hormonales, psíquicos y sociales que pueden tener un efecto directo sobre la salud mental. La literatura científica ha mostrado que el periodo prenatal y postparto, son las fases con mayor prevalencia de desórdenes mentales en la vida de una mujer, principalmente en el segundo y tercer trimestre y en los primeros 30 días postparto.<sup>36</sup> Se conoce que las mujeres que residen en países de bajos y medianos ingresos tienen un riesgo mayor de desarrollar esta patología. La prevalencia que se ha estimado es 9.2% en países de ingresos altos y 19.2% en países con de medianos y bajos ingresos. La severidad de esta patología depende y está regulada por la interacción de múltiples factores.<sup>38</sup> Los factores de riesgo asociados varían de acuerdo con la población, según lo observado en estudios realizados en diferentes países, conocer los correspondientes a gestantes en países en vías de desarrollo permitirá optimizar las diferentes estrategias de prevención y tratamiento en la atención de salud. Se cree, erróneamente, que durante el embarazo la mujer no sufre eventos estresores o situaciones que la llevan a poner en riesgo su salud mental. Se ha creado la idea que los estresores no tienen efecto en el desarrollo del feto, por lo que generalmente el



control prenatal se enfoca en la prevención de complicaciones fetales y se descuida la salud mental. Sin embargo, ha crecido la evidencia que la depresión prenatal no afecta únicamente el embarazo ni el producto neonatal, sino que también conduce a depresión postnatal.<sup>6, 20, 61</sup>

La depresión prenatal se ha relaciona con comportamientos negativos con la salud y resultados adversos entre los que se incluyen nutrición deficiente, abuso de sustancias, control prenatal inadecuado, preeclampsia, bajo peso al nacer, parto prematuro, depresión postparto e incluso suicidio. Las mujeres que experimentan depresión durante este periodo a menudo continúan experimentando síntomas durante el periodo posparto, más del 54% de gestantes con depresión postparto informan episodios depresivos antes o durante el embarazo.<sup>62</sup>

### **2. 5. 1 Genética**

Existen varias teorías que respaldan ciertas alteraciones neuroquímicas como causantes de depresión entre ellas el déficit de serotonina debido a una disminución congénita de células que utilizan esta hormona, lo que produce una disminución de *monoaminoxidasa (OMA)*. El trastorno depresivo mayor es 1.5 a 3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren éste a comparación de población general. Inclusive, se menciona un porcentaje de heredabilidad del 36% al 75% reafirmando la relación genética de la enfermedad depresiva.<sup>63</sup>

Así las enfermedades mentales se caracterizan por ser: poligénicas, es decir, dependen de la influencia de varios genes; heterogénicas, lo que quiere decir que diferentes genes pueden producir el mismo fenotipo; no siguen las leyes de Mendel; tienen una penetración variable, es decir, ante un componente genético similar, la expresión de la gravedad de la enfermedad va a variar y pueden deberse a la influencia de fenómenos epigenéticos o modificaciones que puede sufrir el *ADN* por interacciones con el ambiente.<sup>22</sup>

Durante el embarazo es importante examinar los antecedentes personales de depresión ya que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de depresión perinatal.<sup>22</sup> La heredabilidad de la depresión mayor se ha estimado en 31% a 42%. En comparación con otros trastornos psiquiátricos importantes, la base genética de la depresión ha demostrado ser más desafiante. La literatura limitada sobre la base genética de la depresión perinatal sugiere que el componente heredable puede ser mayor que el del trastorno depresivo mayor.<sup>64</sup>

Se publicó un estudio en el *American Journal of Psychiatry*, en el que se investigó la contribución de las influencias genéticas y ambientales en la depresión perinatal. Se utilizó la escala de depresión de Edimburgo en 3 427 gemelas suecas. Utilizando los datos de los gemelos, la heredabilidad de la depresión perinatal se estimó en 54%, con la variación restante

que se atribuye a factores ambientales no compartidos. Utilizando datos de hermanos, la heredabilidad de la depresión perinatal se estimó en 44%. Los autores estimaron que un tercio de la contribución genética era exclusiva de la depresión perinatal. Es importante mencionar que recomiendan se dé prioridad al descubrimiento genómico de la depresión perinatal. Ya que, hasta el momento, los estudios que exploran la genética de este trastorno se han centrado en genes que están implicados en la etiología de la depresión no perinatal, como los que regulan la síntesis del transportador de serotonina y otros asociados con el metabolismo de varios neurotransmisores.<sup>64</sup>

Se ha establecido que las mujeres con hermanos depresivos tienen 3.96 veces más probabilidad de tener depresión perinatal, que las que no tenían hermanos afectados.<sup>64</sup>

## **2. 5. 2 Antecedentes médicos**

Se han identificado y clasificado factores predictores de depresión perinatal en fuertes, moderados y débiles. Dentro de los factores fuertes se encuentran ansiedad, eventos estresantes, escaso apoyo social y antecedente de depresión. Entre los moderados están baja autoestima y ansiedad materna. Finalmente, los predictores débiles son no tener pareja o tener una difícil relación con ella, bajo nivel económico y complicaciones obstétricas.<sup>40</sup> La presencia de dos factores o más aumentan el riesgo de padecer un episodio depresivo mayor durante la gestación.<sup>11</sup> Las mujeres con depresión generalmente tienen bajo nivel de calidad de vida.<sup>11</sup>

Según el Colegio de Psicólogos de Madrid, existen 10 factores de riesgo durante el periodo prenatal entre ellos son: ansiedad materna, eventos vitales estresantes, historia previa de depresión, falta de apoyo social, violencia doméstica, intención del embarazo, tipo de relación con la pareja, tipo de cobertura médica, estatus socioeconómico y factores inconsistentes como el consumo de alcohol, tabaco, drogas, raza y edad materna. Con respecto a los antecedentes personales, podemos argumentar que la historia previa de depresión es la más relevante, tanto para la etapa prenatal como para la post natal.<sup>2, 22, 65, 36</sup>

El antecedente de una enfermedad mental, particularmente historia de ansiedad, depresión o historia de tratamiento psiquiátrico durante algún embarazo previo o en cualquier etapa de la vida, es un factor establecido para desarrollar depresión prenatal. Se ha establecido el antecedente personal como el factor de riesgo más grande para desarrollar esta patología. Esto principalmente, porque son mujeres con mayor vulnerabilidad biológica aunado a los cambios hormonales durante el embarazo. Estos cambios junto con la situación psicológica o social aumentarán la probabilidad de presentar depresión.<sup>2, 36, 20, 22</sup>

Los trastornos mentales previos al embarazo pueden tornarse crónicos y trasladarse al próximo embarazo, lo que puede llegar a afectar el desarrollo del bebe durante y después de finalizada la etapa gestacional. Entre los antecedentes de enfermedad mental se encuentran: depresión mayor o depresión menor, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno bipolar, esquizofrenia y psicosis puerperal. Las cuales pueden estar reforzadas por consumo de drogas y alcohol las cuales se encuentran entre las principales causas de muerte materna.<sup>2, 22, 36, 65</sup>

En un estudio de cohorte de salud intergeneracional victoriana, publicado en 2015, se determinó que los síntomas depresivos perinatales se presentan en una de cada trece mujeres sin antecedentes de depresión antes de la concepción. En comparación, las mujeres con problemas de salud mental, que persisten desde la adolescencia hasta la edad adulta temprana, informaron síntomas depresivos en más de un embarazo. Se observó una historia de problemas mentales antes de la concepción en el 85% de los embarazos que presentaron síntomas depresivos; considerando así una continuación o recurrencia de problemas que comienza mucho antes del embarazo. Las mujeres con antecedentes de trastornos mentales, que persisten durante la adolescencia y edad adulta joven, tuvieron las frecuencias más altas de trastornos perinatales. Sin embargo, en este grupo, únicamente un tercio los embarazos tuvieron un episodio de depresión prenatal lo que sugiere que, otros factores potencialmente modificables son relevantes.<sup>65</sup>

En Brasil durante el 2009 se realizó un estudio transversal en el cual se determinó una prevalencia de 14.2% pacientes con depresión prenatal, de este porcentaje 2.23% refirieron una historia previa de depresión, mientras que el 3.3% reportaron un tratamiento psiquiátrico previo. En países en vías de desarrollo se desconoce la evolución y el alcance de mujeres con trastornos mentales durante el embarazo. Según la escala de auto-informe de angustia materna se reporta una tasa de 32% en India y 61% en Taiwán de depresión perinatal. Pero no se han realizado estudios de seguimiento en pacientes con antecedente psiquiátrico previo y como afecta esto en su embarazo o en futuros embarazos.<sup>36</sup>

Dentro de este apartado vale la pena mencionar que las mujeres con alguna enfermedad psiquiátrica se ven más expuestas a desarrollar depresión gestacional. Se ha observado una mejoría leve, en madres con depresión prenatal, que consumían sustancias psicoactivas. Es importante destacar que los resultados varían dependiendo de la gravedad de los síntomas y del tiempo que lleva con el tratamiento. Con el abordaje recibido se evidencio que mejoran los síntomas depresivos y de ansiedad, aumentando el funcionamiento psicosocial y mejorando la calidad de vida.<sup>66, 36</sup>

Condiciones médicas como vómitos, anemia y diabetes gestacional se han relacionado con el desarrollo de episodios depresivos.<sup>34</sup> En Brasil durante el 2009 se determinó que las patologías más asociadas a un episodio depresivo eran: hipertensión (6.9%) y hemorragia (3.6%). En base a historiales médicos se encontraron que pacientes con trastornos pulmonares y enfermedades de transmisión sexual son más propensas a desarrollar depresión durante el embarazo. La probabilidad de desarrollar depresión aumenta en pacientes con infecciones del tracto urinario y trastornos ginecológicos.<sup>36, 45</sup>

Mujeres embarazadas con antecedente de complicaciones obstétricas, en embarazos previos, presentan mayor probabilidad de desarrollar depresión prenatal comparada con mujeres sin antecedentes. Según una revisión sistemática realizada en el 2018, las mujeres que auto informaron sus complicaciones durante el embarazo, aquellas que tenían miedo a embarazos complicados, aquellas con embarazos complicados actuales y las que tenían antecedente de aborto o muerte fetal, tenían todas las predisposiciones para desarrollar depresión.<sup>20</sup>

Enfermedades crónicas tales como diabetes, hipo o hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison, amenorrea hiperprolactinémica y migraña; las incapacidades físicas y enfermedades mentales de rasgos neuróticos, ansioso y así como el consumo de alcohol y tabaco aumenta la posibilidad de desarrollar depresión Si se combinan con acontecimientos adversos de la vida dan un impacto considerable en la mujer embarazada. Dentro de este entorno se asocia el nivel socioeconómico bajo y desempleo. El estado civil tiene predominio al no tener una relación estrecha con alguna persona por lo que estar soltero, divorciado o viudo o provoca frustración y ansiedad, pero esto puede darse en personas casadas o que mantenga una relación conflictiva por lo que se debe evaluar cada caso de una manera individualizada aunado con estos antecedentes médicos de la madre.<sup>20, 66</sup>

La alteración de hormonas tiroideas asemeja a síntomas psiquiátricos, con mayor relación el hipotiroidismo a depresión y el hipertiroidismo a ansiedad. La prevalencia es de un 8 a 17% global, por lo que desde el DSM-IV considera estas alteraciones como criterios de exclusión para el trastorno depresivo mayor. La causa es por la disminución de la serotonina intracerebral que se agrava con esta alteración, la mayoría de las mujeres puede presentar un hipotiroidismo subclínico, por lo que se debe enfatizar en la realización de estas pruebas durante el embarazo. Aunque no se descarta la posibilidad de presentar ambas morbilidades en el mismo periodo y que ambas afecten directamente el periodo gestacional.<sup>20, 36</sup>

La diabetes mellitus tipo 2 tiene dos veces más riesgo de desarrollar depresión en la población general, un quinto de esta representa a mujeres gestantes. Se ve relacionada con las

alteraciones a nivel de cortisol, carga psicológica de enfermedad crónica y efectos de inflamación. Dando como sintomatología estado de ánimo bajo, mala dieta y falta de adherencia al tratamiento farmacológico, por lo que, es de suma importancia en mujeres embarazadas con diagnóstico de diabetes realizar el tamizaje para la detección temprana de depresión.<sup>20, 67</sup>

Las enfermedades crónicas tanto genéticas como adquiridas representan un riesgo de depresión. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tiene una prevalencia de 25.8% en mujeres, este diagnóstico generalmente va acompañado de sentimientos de tristeza y desánimo. Esta al ser una enfermedad adquirida, depende de la manera de contagio con la severidad de la depresión, aumentando si es secundario a una violación o por el consumo de sustancias psicoactivas.<sup>20, 68</sup> Se ha demostrado que las personas con VIH son vulnerables a problemas de salud mental como depresión, ansiedad, comportamiento suicida y abuso de sustancias. La alta prevalencia de depresión entre las personas infectadas da como resultado una disminución de la calidad de vida, baja adherencia a los medicamentos y una mayor morbilidad. Además, en estudios se ha concluido que, entre las personas con VIH, las mujeres presentan síntomas de depresión más graves que los hombres. Se informó que el 25.9% de las mujeres seropositivas tienen la intención de tener hijos. Esta población podría enfrentar desafíos psicosociales considerables porque una enfermedad crónica podría complicarse por las demandas del embarazo.<sup>69</sup>

En un metaanálisis, en el que se incluyeron 23 estudios, se estableció que las mujeres que viven con VIH tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión prenatal y postnatal en comparación con los controles. Varios estudios se han centrado en las vías causales entre la infección por VIH y la depresión, encontrando evidencia de que la existencia persistente del virus en el sistema nervioso central podría provocar cambios neurobiológicos que podrían causar depresión en personas infectadas por VIH. La prevalencia media de depresión prenatal en VIH positivos y controles fue de 36% y 26%, respectivamente, valores altos. Si bien los resultados fetales y maternos adversos, la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral y la atención prenatal se asocian con depresión perinatal, algunos estudios demostraron que la salud física materna y fetal, así como los resultados psicosociales pueden mejorarse con una intervención adecuada. Por lo que es imprescindible mejorar la atención prenatal y la adherencia al tratamiento entre las mujeres seropositivas. Se ha demostrado que la constancia con el tratamiento ha mejorado con los tratamientos para la depresión.<sup>69</sup>

Las pacientes positivas para VIH tienen un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar depresión prenatal, dentro de este grupo de paciente se ha reportado una prevalencia mayor. Esto tiene múltiples enfoques en los que afectan, tanto por la condición médica, el estrés social

y el desarrollo al futuro. Por lo que se considera importante brindar terapia previa a un embarazo a mujeres VIH positivas, tanto con antirretrovirales para reducir la carga viral y disminuir el riesgo de contagio por vía vertical como terapia psicológica para disminuir el estrés y riesgo de depresión o ansiedad.<sup>67</sup>

### **2. 5. 3 Antecedentes familiares**

La historia familiar de alguna enfermedad psiquiátrica también se considera un factor importante para depresión prenatal. Sin embargo, puede ser difícil de evaluar ya que la paciente puede no ser consciente de los problemas mentales que han afectado a sus familiares.<sup>22</sup>

La población de riesgo se determinará por el grado de consanguinidad y el antecedente familiar, por lo que familiares de primer grado pueden incrementar hasta el doble la posibilidad de presentar depresión u otros trastornos mentales. Estos trastornos familiares están más relacionados al ambiente compartido y factores genéticos que los hacen predispuestos. El papel de monoaminas y la presencia de polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina son importantes en el desarrollo de depresión. No se ha demostrado el grado de influencia que tiene cada uno, pero son los que mayormente se han relacionado al desarrollo de depresión.<sup>22</sup>

La convivencia familiar o marital con alguna persona con trastorno neurológico puede afectar en cierto grado a la mujer embarazada el cual no ha sido establecido claramente, pero se evidencia que entre un 25% de población que está a cargo de pacientes con depresión mayor o esquizofrenia pueden llegar a desarrollar un mayor estrés por el contacto estrecho y este puede contribuir a que se desarrolle una enfermedad psiquiátrica. Por lo que se recomiendan terapias inclusivas y participativas de personas con las que tengan relación.<sup>22</sup>

### **2. 5. 4 Paridad**

La relación entre la paridad y el riesgo de depresión prenatal aún no está claro. Se ha visto que las mujeres multíparas pueden tener un riesgo mayor de padecer depresión, pero también hay estudios en los que se ha relacionado a nulíparas o primíparas con el mayor riesgo de desarrollar esta patología.<sup>22</sup> Durante el año 2013 se realizó un estudio en India, Hospital Navi Mumbai con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión durante el embarazo y los factores de riesgo obstétricos. Se obtuvo una prevalencia de 9.18% y respecto a los factores de riesgo se concluyó que las pacientes multigravidas, embarazo no planificado, mujeres con alguna complicación obstétrica actual y antecedente de aborto. No se encontró ninguna asociación entre el modo de parto.<sup>70</sup>

La prevalencia de síntomas depresivos durante la gestación puede variar entre 2% y 51%, principalmente en los dos últimos trimestres del embarazo.<sup>35</sup> Factores asociados a la paridad como un embarazo previo con antecedente de enfermedad mental o algún grado de déficit neurológico, puede predisponer a la mujer embarazada múltipara o secundípara a desarrollar depresión y ansiedad durante la etapa prenatal.<sup>22,70</sup>

En Brasil durante el 2009 se realizó un estudio transversal, el 10.9% eran fumadoras, 6.3% consumidoras actuales de alcohol y 1.8% consumía algún tipo de droga ilegal. En este estudio también se estudiaron variables obstétricas, dentro de estas establecieron que 2.40% eran primíparas y 31.2% múltiparas. 11% habían tenido una complicación obstétrica previa.<sup>36</sup>

Durante el 2014 en Reino Unido se realizó un estudio con 3 345 mujeres, el 35% informaron un episodio de depresión en el primer embarazo y periodo postparto. El porcentaje se redujo a 20.5% en el segundo embarazo y 14.6% en los embarazos posteriores. Es posible que la asociación entre los episodios de depresión y la primiparidad se deba a que las mujeres que sufren algún episodio durante el embarazo o el periodo postparto deciden no tener más hijos. Este aumento de la prevalencia en mujeres primíparas podría explicarse por diferencias psicosociales y biológicas entre el primer y los embarazos posteriores. Las mujeres que tienen su primer hijo experimentan niveles más altos de estrés y las preocupaciones de la maternidad son diferentes. Otro posible factor que podría influir es que se ha observado que las mujeres adoptan estrategias profilácticas que influyen en el desarrollo de trastornos mentales en los embarazos posteriores. Las mujeres embarazadas con trastornos del estado de ánimo establecidos pueden ser conscientes del riesgo de recurrencias y tomar medicamentos para prevenir o tratar rápidamente un episodio emergente. Por lo tanto, el riesgo reducido en múltiparas puede deberse a los efectos de medicación profiláctica y otras estrategias diseñadas para mantener bien a las gestantes que saben que tienen alto riesgo.<sup>71</sup>

### **2. 5. 5 Edad gestacional**

La depresión gestacional puede ocurrir en cualquier trimestre, el riesgo aumenta significativamente mientras avanza el embarazo. La prevalencia de síntomas depresivos puede variar entre 2% y 51%, principalmente en los dos últimos trimestres del embarazo.<sup>68</sup> Por otro lado, un metaanálisis de 21 estudios sugiere que la tasa de prevalencia media de depresión durante el periodo prenatal es de 10.7%, de los cuales 7.4% se da en el primer trimestre, 12.8% en el segundo trimestre y 12.7% en el tercer trimestre.<sup>72</sup> La depresión prenatal es más prevalente que durante el periodo postnatal, teniendo su pico máximo durante el tercer trimestre.<sup>20,24,36</sup> La depresión prenatal persistente se refiere cuando los síntomas tienen una duración de al menos dos trimestres.<sup>34</sup> Los periodos depresivos a largo plazo o un episodio

severo puede cambiar los niveles hormonales en el cuerpo, así como también reducir el suministro de sangre uterina; se esta forma se aumentaría el riesgo de sufrimiento fetal, ruptura prematura de membranas y otras complicaciones.<sup>34</sup>

En un estudio realizado en China durante el 2015 y 2016, titulado “asociación entre el apoyo social y familiar y depresión prenatal”, se tenía como objetivo investigar la prevalencia de depresión prenatal y explorar los posibles factores de riesgo en mujeres embarazadas en Chengdu. Se utilizó una muestra de 996 gestantes, identificando 93 pacientes con síntomas depresivos durante el segundo trimestre y 96 en el tercer trimestre, 107 embarazadas con depresión persistente en los dos trimestres.<sup>34</sup>

La salud mental perinatal cobra importancia por las repercusiones como bajo peso que desencadena, y niños con trastornos mentales. Sin embargo, no existe una evidencia clara que en algún trimestre aumente el riesgo, pero depende de cada mujer, debido a que una mujer joven, con un embarazo no planificado puede presentar depresión en el primer trimestre, mientras que las mujeres primigestas y con alto nivel de ansiedad pueden presentarlo en el tercer trimestre y se asocia también al desprendimiento físico que se tiene al momento del parto, las cuales pueden aumentar el riesgo de depresión post parto.<sup>2, 59</sup>

Una revisión sistemática realizada en el 2019, en el que se incluyeron 26 artículos que investigaron la prevalencia de depresión prenatal. Se identificó, de una muestra de 23 248 gestantes, 4 303 con depresión gestacional. De estas se presentó con mayor frecuencia durante el tercer trimestre, seguido del segundo. Esto puede relacionarse con los cambios hormonales avanzados en estas etapas perinatales, además de la ansiedad sobre el proceso de la gestación, influencia de factores psicosociales, socioeconómicos y psicológicos. En base a esto es importante intensificar el tamizaje de depresión durante el segundo y tercer trimestre con el objetivo de brindar un abordaje oportuno. Además, las intervenciones realizadas pueden ser decisivas para garantizar el desarrollo del feto sin complicaciones y la prevención de depresión post parto.<sup>73</sup>

### **2. 5. 6 Antecedente de aborto**

El aborto es una de las complicaciones más comunes durante el embarazo temprano. Se estima que el aborto espontáneo ocurre en el 20% de los embarazos reconocidos. Haber presentado un aborto es un evento traumático para la mujer que genera un nivel elevado de ansiedad y depresión que puede persistir en sus embarazos siguientes. La experiencia de un aborto espontáneo puede alterar la salud y el bienestar psicológico y mental de las mujeres. El aborto involuntario se ha asociado con mayores niveles de angustia, ansiedad y depresión. En



algunos casos, los síntomas psicológicos de ansiedad y depresión pueden persistir hasta un año después del aborto. Se ha reconocido que las consecuencias, de un aborto espontáneo, para la salud mental continúan en embarazos posteriores.<sup>70,74</sup> Las mujeres con un historial previo de aborto tienen 3 veces más probabilidad de desarrollar depresión prenatal.<sup>75</sup>

Las mujeres con antecedente de aborto espontáneo experimentan ansiedad en el primer trimestre del nuevo embarazo. Estas mujeres presentan trastornos mentales entre los 10 y 6 meses después de la pérdida del embarazo. En contraste, las pacientes con aborto inducido tienen puntajes más altos de sentimientos de culpa y vergüenza los cuales llegan a persistir entre dos y cinco años después de la pérdida. Cabe resaltar, que las mujeres que quedan embarazadas poco después de un aborto espontáneo pueden estar motivadas a realizar actividades relacionadas con la salud y comportamientos que favorezcan un embarazo exitoso.<sup>76</sup>

Hay una morbilidad significativa psicológica y psiquiátrica con la pérdida prenatal. Las mujeres presentan niveles significativamente elevados de depresión y ansiedad en las semanas y meses posteriores a la pérdida, en comparación con mujeres embarazadas. Entre el 50% y 80% de las mujeres que experimentan una pérdida quedan embarazadas nuevamente. Esto significa, que las mujeres con antecedente de pérdida prenatal tienen mayor probabilidad de presentar ansiedad y síntomas depresivos durante el embarazo posterior. Una de las interrogantes que aún no se han podido responder es si el nacimiento de un bebé resuelve los síntomas afectivos asociados con la pérdida previa o si los síntomas persisten.<sup>77</sup>

El sentimiento de culpa, el efecto negativo, la presión social y la percepción que la mujer tenga acerca del aborto son los desencadenantes de depresión, aunque es importante identificar posibles factores externos de riesgo como estrato socio económico, la relación con la pareja y patología asociadas para brindar una oportuna atención psicológica o psiquiátrica según sea el caso.<sup>74</sup> La pérdida de un embarazo es una experiencia difícil tanto física como psicológicamente, porque interrumpe los planes de la mujer y plantea preguntas sobre su capacidad reproductiva. Las mujeres con antecedente de aborto pueden preocuparse de si pueden o no completar con éxito un embarazo posterior, y esta duda puede persistir durante todo el embarazo.<sup>76</sup>

En Brasil durante el 2009 se realizó un estudio transversal, respecto a abortos presentados 12.4% reportó un aborto espontáneo mientras que el 16.3% un aborto inducido.<sup>47</sup> Mujeres mayores de 35 años las cuales son primigestas y que sufren de un aborto tras un embarazo que implicó intervención médica aumenta el riesgo de depresión, esto debido a la ilusión de concebir y luego perderla.<sup>36, 75</sup>

Un estudio realizado en España en 2014 afirma que un aborto inducido se asocia con problemas mentales entre un 1.86% y 7.08% y que este se repita confirma la existencia de problemas mentales en las mujeres, que las predispone a quedar embarazadas sin desearlo y tratar de terminar con dichos embarazos. También el aborto es principal riesgo para sufrir un trastorno psicológico entre un 30% en relación de mujeres que no lo han hecho. Los abortos espontáneos se asocian hasta 3.3 veces más debido al sentimiento de culpa que genera en las mujeres y de impotencia, por lo que al siguiente embarazo se tornan ansiosas y su recurre pueden llegar a presentar depresión mayor.<sup>78</sup>

### **2. 5. 7 Período intergenésico entre el aborto y el nuevo embarazo**

Haber presentado un aborto es un evento traumático para la mujer que genera un nivel elevado de ansiedad y depresión que puede persistir en sus embarazos siguientes. El intervalo de tiempo entre una gestación previa que no terminó en un nacimiento vivo y el embarazo actual de paciente tiene un papel fundamental en si la paciente va a presentar o no un episodio de depresión, la OMS recomienda un período intergenésico de al menos 6 meses para permitir a la mujer tener una recuperación física y mental. Se realizó un estudio en 2013, en el que se constató que las mujeres con historia previa de aborto y un período intergenésico menor de 6 meses tienen un riesgo mayor de desarrollar depresión durante el primer trimestre.<sup>2, 22</sup> Se determinó que las mujeres que conciben durante el año después de una pérdida tardía del embarazo tienen mayor riesgo de desarrollar depresión prenatal.<sup>73</sup>

Este efecto de haber tenido un aborto previo sobre la depresión prenatal en un nuevo embarazo se da por varios factores, entre estos se pueden mencionar que un aborto pone en duda la autoestima de una mujer. Por otro lado, las mujeres que quedan embarazadas después de un aborto pueden tener sensación de pérdida de control.<sup>75</sup>

Varios autores investigan acerca del síndrome posaborto, el cual aún no se ha definido como tal, pero se puede afirmar que muchas mujeres luego de un evento obstétrico traumante como un aborto tanto espontáneo como inducido puede generar un estado de desequilibrio psicológico en la mujer que llega a desencadenar un trastorno mental si no es diagnosticado y tratado a tiempo.<sup>76</sup>

Aunque el periodo intergenésico no solo está relacionado con un aborto previo, también el periodo corto de aproximadamente menor de tres meses posparto puede desarrollar un nuevo episodio de depresión mayor o menor.<sup>79</sup>

## **2. 6. Tamizaje de depresión**

La ACOG recomienda que todos los profesionales de salud encargados de cuidados obstétricos realicen al menos una prueba de tamizaje durante el periodo prenatal para síntomas depresivos y de ansiedad utilizando uno de los instrumentos estandarizados y validados. Se recomienda brindar una evaluación completa del estado de ánimo y el bienestar emocional.<sup>79</sup>

Se han validado varios instrumentos de tamizaje para realizarlos durante el embarazo y el periodo post parto con el objetivo de identificar a pacientes con depresión perinatal. Es importante correlacionar el resultado del instrumento de tamizaje con la clínica de la paciente.<sup>8, 62</sup>

En un artículo sobre instrumentos de detección de depresión en atención primaria de Lebanon, menciona que los instrumentos que puedan ser aplicados para detectar depresión en adultos o adolescentes podrían ser aplicados también a mujeres embarazadas. Así se recomienda la utilización verbal del Cuestionario de Salud del Paciente en sus dos versiones, en inglés Patient Health Questionnaire (PHQ), la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, en inglés Edimburg Postnatal Depression Scale (EPDS), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, siglas en inglés HADS, el Inventario de Depresión de Beck en sus diferentes versiones, siglas en inglés BDI y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, siglas en inglés CES-D; sin embargo tanto el BDI como CES-D tienden a más resultados falsos positivos entre las embarazadas sintomáticas.<sup>4</sup>

### **2. 6. 1 Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo**

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS con sus siglas en inglés), es una prueba corta con duración de 5 a 10 minutos para aplicarla, se diseñó para la detección de la depresión posparto en comunidades rurales de países en desarrollo. Posteriormente, también se aprobó para su uso en el periodo prenatal para la detección en los tres trimestres. La prueba de cribado puede ser aplicado por personal médico con conocimientos sobre la prueba o por la misma paciente. Integrada por 10 ítems de respuesta politómica en donde los primeros 9 indagan acerca de los síntomas cognitivos de la depresión y el último es específico para ideas sobre autolesión en los últimos 7 a 14 días.<sup>36, 80</sup>

Las respuestas tienen valores de 0, 1, 2 y 3 basados en la severidad de los síntomas. Los ítems 3,5 a 10 tienen valores inversos (3, 2, 1 y 0). Para la puntuación total, se suman cada uno de los valores de cada ítem.<sup>33</sup>

Con el punto de corte >12, se obtiene una especificidad de 94% y una sensibilidad de 77% y valor predictivo positivo de 24.6 % de depresión prenatal.<sup>81</sup>

### **2. 6. 2 Patient Health Questionnaire 2**

El Patient Health Questionnaire (PHQ-2) se trata de un auto-cuestionario que sirve para diagnosticar depresión de una manera rápida y sencilla y que puede ser aplicado por distintos especialistas. En el caso del PHQ-9, el más ampliamente recomendado y utilizado, sus ítems hacen referencia a los síntomas descritos en el DSM-IV y se ha demostrado que su estructura es también apropiada para la versión actualizada, el DSM-5. Ha sido validado y usado en diferentes contextos y en diferentes lenguas, incluyendo el español, mostrando buenas medidas de diagnóstico. Este cuestionario es ampliamente recomendado para el cribado de mujeres embarazadas. En este sentido, algunos estudios aportan evidencia de la validez y fiabilidad del PHQ-9 cuando se aplica a muestras de mujeres de diferentes nacionalidades en cualquiera de los momentos del embarazo. El PHQ-2, que utiliza solo los dos ítems que considera nucleares del PHQ-9, mostró ser válido como cribado de depresión mayor en atención primaria con población estadounidense. El PHQ-2 es el instrumento más validado de 2 ítems para medir depresión. A pesar de que se ha visto que tiene propiedades psicométricas razonables para identificar mujeres con depresión o depresión postparto, este instrumento no ha sido validado con mujeres embarazadas cuyo idioma sea el castellano.<sup>12</sup>

El PHQ-2 es un instrumento que utiliza solo los dos ítems que considera nucleares del PHQ-9, cuya respuesta es en una escala tipo Likert que evalúan humor depresivo y pérdida de interés, respectivamente. Para el PHQ-2 una puntuación  $\geq 3$  se sugiere como punto de corte entre el rango normal y probable diagnóstico de depresión. En tres estudios diferentes mostró una sensibilidad que oscila entre 75% y 96% y una especificidad entre 57% y 78%.<sup>82</sup>

### **2. 6. 3 Patient Health Questionnaire 9**

El Patient Health Questionnaire (PHQ-9) es un instrumento con alto reconocimiento internacionalmente, por su capacidad para identificar la gravedad de los síntomas en personas con trastorno depresivo y su sensibilidad al cambio para monitorear la respuesta al tratamiento.<sup>83</sup>

La prueba consiste en 9 ítems, que evalúa los síntomas depresivos basados en los criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor. Se evalúan los síntomas referidos por la paciente en las últimas 2 semanas. Los valores se califican con la escala de Likert siendo 0 (nunca), 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días). El

puntaje total se halla sumando cada uno de los valores de cada ítem. Según la gravedad de los síntomas, estos se organizan en 4 categorías: 0-4 (mínimo), 5-9 (leve), 10-14 (moderado), 15-19 (moderado a grave), 20-27 (grave). Esta prueba utiliza un punto de corte de 10, con sensibilidad y especificidad de 88% y 92%, respectivamente.<sup>83</sup>

Debido a que este test evalúa síntomas somáticos, como cambios en el apetito o en el sueño, que pueden estar incluidos en el cuadro de depresión o pertenecer a la clínica del embarazo normal, el test de Edimburgo presenta una ventaja sobre el PHQ-9 ya que no se evalúan.<sup>20</sup>

#### **2. 6. 4 Inventario de depresión de Beck II**

El inventario de depresión de Beck II incluye 21 ítems, fue inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Se habla que es la quinta prueba más utilizado por los psicólogos españoles. Sus ítems describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión; evalúan una amplia gama de síntomas depresivos en las 2 semanas previas del día del interrogatorio, como desesperanza, irritabilidad, culpa, fatiga y pérdida de peso. Cada uno se clasifica en una escala Likert de 4 puntos que va desde 0 (mínima depresión) a 3 (depresión severa). El puntaje total varía de 0 a 63. Los puntajes más altos indican una mayor depresión con las siguientes clasificaciones: los puntajes del 14 al 19 indican depresión leve, las puntuaciones de 20 a 28 indican depresión moderada y puntajes mayores a 29 indican depresión severa. Con un punto de corte de 18 se ha demostrado similitud entre la sensibilidad y la especificidad para detectar depresión en adultos, mientras que, en adolescentes, un puntaje de corte de 16 se obtiene una tasa de sensibilidad del 84% y una tasa de falso positivo de 18% en la identificación del estado de ánimo deprimido.<sup>60,63</sup>

Preguntas Whooley; Guías NICE (National Institute for Health and Care Excellence. Great Britain) en un artículo sobre detección de depresión perinatal de Chile, mencionan las Preguntas de Whooley que puede ser utilizado por diferentes profesionales de la salud, en controles tanto de la madre como del hijo. Las primeras dos preguntas originales, incluyen dos criterios principales del diagnóstico de un Episodio Depresivo Mayor acorde al DSM-5, los cuales son ánimo depresivo y pérdida de la capacidad de sentir placer o anhedonia. Si al momento de preguntar las respuestas son afirmativas se realiza una tercera pregunta, sugerida por Arrol, que apunta a la necesidad de pedir ayuda. Las preguntas son las siguientes y tienen respuestas dicotómicas “sí o no”:

- ¿En el último mes se ha sentido desanimada, deprimida o sin esperanza?
- ¿En el último mes ha sentido que tiene poco interés o que no disfruta?

En caso de contestar sí a las dos anteriores, se continúa con la siguiente pregunta:

- ¿Siente que necesita ayuda?

Si aparecen síntomas depresivos durante el embarazo será necesario considerar la derivación de la madre a psiquiatría o a profesionales del área de salud mental disponibles para correlacionar con la clínica. Es importante mencionar que estas preguntas son válidas también durante el postparto o en los chequeos de salud del lactante.<sup>84</sup>

Entre otras herramientas podemos encontrar el Cuestionario de riesgo de embarazo, la Evaluación de salud psicosocial prenatal, el Cuestionario de riesgo prenatal los cuales son herramientas de evaluación psicosocial de auto informe que nos permiten una derivación y clasificación para la toma de decisiones, aunado a un test específico como test de Edimburgo, en el cual podemos obtener un valor por debajo del punto de corte pero sumando estas herramientas podemos determinar el riesgo según su percepción durante el embarazo.<sup>84</sup>

## **2. 7 Diagnóstico de depresión prenatal**

El diagnóstico de la depresión en el embarazo es netamente clínico, en ocasiones la paciente durante la consulta puede manifestar un conjunto de signos y síntomas, otras veces puede ser un hallazgo incidental en el interrogatorio dirigido por el profesional de la salud. No existen marcadores de la depresión.<sup>85</sup>

Pese al riesgo de la gestante de sufrir alteraciones psiquiátricas, al momento de la evaluación clínica aún se producen errores y desaciertos en el reconocimiento oportuno de la depresión prenatal. El profesional durante el control prenatal suele no abarcar a la paciente en todas sus esferas (mental, espiritual, social, etc.) obviando así síntomas depresivos. Con la identificación oportuna de gestantes con síntomas depresivos y un seguimiento psiquiátrico adecuado se podrían evitar complicaciones en el embarazo como el trabajo de parto pretérmino, la depresión postparto o trastornos psiquiátricos que afecten tanto a la madre como al infante en su crecimiento.<sup>4, 37</sup>

Según el DSM- 5, el diagnóstico del episodio depresivo mayor en las gestantes se basa en los síntomas y signos clínicos.<sup>72</sup> El diagnóstico de trastorno depresivo mayor se puede realizar por medio de Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) y

criterios de gravedad de un episodio depresivo según el CIE-10, los cuales proponen síntomas que deben estar presentes. Para el diagnóstico de depresión periparto los síntomas depresivos deben estar presentes durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. Se deberá realizar una evaluación clínica tanto de las últimas semanas como de episodios previos no diagnosticados y antecedentes familiares.<sup>3</sup> El manual DSM-V establece una lista de criterios los cuales se debe cumplir para realizar el diagnóstico. Se debe cumplir con cinco o más de los siguientes síntomas los cuales deben estar presentes durante un periodo de dos semanas y representar un cambio en el funcionamiento; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido y dos es pérdida de interés o de placer.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso. Disminución o aumento del apetito casi todos los días
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días
- Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o tomar decisiones casi todos los días
- Pensamiento de muerte recurrentes, ideas suicidas, intento de suicidio.
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas de funcionamiento.
- El episodio no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una situación o de otra afección médica.
- El episodio depresivo mayor no se explica por un trastorno esquizofrénico, delirante, u otro especificado.
- Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaniaco.<sup>3</sup>

La depresión es considerada por las Naciones Unidas una de las prioridades a nivel mundial desde 1990 hasta la actualidad.<sup>6</sup> Es considerada la tercera enfermedad que causa discapacidad en la población, perteneciendo esta al grupo de enfermedades psiquiátricas heredadas o adquiridas. Según la OMS en su última publicación realizada durante 2017 de las estimaciones sanitarias mundiales sobre depresión, clasifica este trastorno como el principal factor que contribuye a la discapacidad a nivel mundial. Debido al vago uso del término, se debe discernir el diagnóstico por medio de una historia clínica confiable y el cumplimiento de la sintomatología, para dar un dictamen acertado y no sobre diagnosticar este trastorno. El comportamiento heterogéneo de la enfermedad obliga a realizar una evaluación individualizada.<sup>86</sup>

## **2. 8 Complicaciones maternas y fetales de depresión prenatal**

Según un estudio realizado en China en el 2019, menciona que los desórdenes mentales prenatales como ansiedad, depresión y el estrés se han visto relacionadas con ciertas complicaciones en las cuales están incluidas las anomalías fetales, el bajo peso al nacer del recién nacido, parto pretérmino y complicaciones obstétricas. También se ha visto afectado el crecimiento y desarrollo del infante, aumentando el riesgo de padecer problemas emocionales, trastorno de déficit de atención e hiperactividad y autismo, así como depresión, desordenes cognitivos en la adolescencia y esquizofrenia en la vida adulta. Se menciona que la gestante tiene más probabilidad de padecer algún trastorno posnatal si el desorden mental inicio durante la gestación.<sup>31</sup>

Así, la depresión postparto es una complicación de la depresión prenatal no abordada a tiempo. Existe 50% de probabilidad que las mujeres desarrollen depresión postparto cuando el cuadro depresivo se presentó durante el embarazo. Entre otras complicaciones que se mencionan esta la preeclampsia, eclampsia, riesgo suicida de las madres, depresión posparto como se mencionó anteriormente y alteraciones entre la relación madre e hijo. También en el recién nacido se han observado niveles altos de cortisol y noradrenalina, así como niveles bajos de serotonina y dopamina.<sup>86</sup>

En un artículo de la revista JAMA publicado el 29 de febrero de este año menciona que los desórdenes en la salud mental materna durante el embarazo, como la depresión y la ansiedad, han sido asociados como altos factores de riesgo para aborto espontáneo, preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer. Este artículo consiste en un estudio de cohorte longitudinal observacional donde participaron 119 gestantes sin ningún antecedente patológico tanto de la gestante como del feto, de perfil socioeconómico y nivel educativo altos.



Se realizaron resonancias magnéticas fetales en dos puntos del embarazo los cuales fueron las semanas 24 y 40, obteniendo 99 y 94 resonancias fetales respectivamente. En el día que las gestantes se realizaron la resonancia magnética fetal se aplicaron diferentes pruebas psicométricas sobre depresión, ansiedad y estrés, obteniendo 13 gestantes con depresión únicamente, 11 gestantes tenían depresión y ansiedad y 12 gestantes tenían depresión y estrés. Uno de los resultados obtenidos de los estudios de imagen hechos a los fetos en el segundo y tercer trimestre fue la disminución de la densidad de la materia gris y adelgazamiento cortical, especialmente en los lóbulos frontales y temporales, esto relacionado a la depresión y ansiedad materna. También la depresión y el estrés se vieron asociados a alteraciones en las microestructuras límbicas y de la materia blanca frontal.<sup>87</sup>

En un metaanálisis realizado en el año 2018 por el “Journal of Developmental Origins of Health and Disease”, identificaron un estudio explorativo donde participaron 91 gestantes, observando que los síntomas depresivos durante el embarazo estaban asociados a la disminución de la circunferencia cefálica en el tercer trimestre. En otro estudio de caso-control, se demostró que síntomas depresivos y de ansiedad durante el embarazo fueron relacionados con restricción del crecimiento intrauterino. También los síntomas depresivos aumentan el riesgo de adiposidad en los niños, así lo demuestra un estudio de cohorte prospectivo donde participaron 838 madres, los hijos demostraron que los síntomas depresivos durante el embarazo fueron relacionados con adiposidad, pero con un bajo nivel del índice de masa muscular a los 3 años.<sup>74</sup>

A nivel del desarrollo neuronal, los recién nacidos de madres depresivas muestran menor respuesta a la estimulación. También este metaanálisis respalda que la exposición prenatal a síntomas depresivos está relacionado a diferencias en volumen y microestructura de la materia blanca del sistema límbico en preescolares y niños entre las edades de 6 a 10 años; así también en el adelgazamiento de la corteza frontal y temporal del cerebro.<sup>88</sup>

En un estudio de cohorte realizado en el año 2017 donde midieron la influencia de síntomas depresivos durante el periodo prenatal y posnatal maternos en el volumen de la amígdala de niños por medio de resonancia magnéticas demostró que los síntomas depresivos prenatales más no los posnatales tienen influencia en el volumen de la amígdala izquierda y que particularmente en las niñas, a mayor grado de síntomas depresivos prenatales maternos, predijeron un aumento en el volumen de la amígdala derecha. Asimismo, existe una relación fuerte entre síntomas depresivos maternos y la internalización de problemas en las niñas. Una hipótesis menciona que una mayor actividad de la amígdala derecha puede ser considerada como un fenotipo para la ansiedad y la depresión.<sup>89</sup>

Por lo tanto, lo que se contempla como complicaciones de una depresión en el embarazo no tratado junto a sus consecuencias y riesgos, sobrepasan los potenciales efectos adversos del uso de antidepresivos durante el embarazo, por lo que el tratamiento no farmacológico y farmacológico, es un pilar importante en el manejo de la depresión perinatal.<sup>84</sup>

La prevalencia de depresión prenatal a nivel mundial ha aumentado, esto se debe a dos razones, el auge en la importancia y el diagnóstico. A pesar de esto en los países tercer mundo sigue siendo sub diagnosticada, teniendo como evidencia que en estos países se observa una mayor prevalencia, tal es el caso de Colombia, México y Guatemala, donde se obtiene una prevalencia de 20 al 40% comparada con países Europeos que es de aproximadamente 8 al 17%.

Mujeres gestantes con antecedentes de depresión previa al embarazo, familiares de primer grado con algún trastorno psiquiátrico y complicaciones obstétricas se puede afirmar que presenta mayor vulnerabilidad por lo que deberían ser enfocadas las historias clínicas y evaluaciones a este grupo. Debido a que previamente se enfocaba en depresión post parto, podemos observar que según estudios demuestran que el 50% de estos casos han comenzado durante el embarazo, por lo cual es la importancia de realizar un tamizaje en el segundo trimestre para determinar el riesgo de la gestante. Aunque el embarazo se considera como un estado adecuado de salud mental y emocional, debemos tener en cuenta que diversos factores tanto clínicos durante el embarazo actual pueden determinar el desarrollo de depresión en la gestante.

## **CAPÍTULO 3. FACTORES PSICOSOCIALES DE DEPRESIÓN EN GESTANTES**

### **SUMARIO**

- Factores psicológicos
- Factores sociales

En este capítulo se abordara la depresión perinatal que se ve influenciada por factores como la motivación durante el periodo gestacional, antecedente de aborto, no planificación del embarazo, consumo de sustancias psicoactivas, inadecuado apoyo emocional, inadecuado nivel de relaciones sociales, inadecuado apoyo afectivo. Cada uno de estos factores, como se verá más adelante, pueden intervenir de manera positiva en el reforzamiento de la salud mental de la gestante haciéndola sentir segura y más animada para la participación en la toma de decisiones durante la gestación; aunque también, desde una perspectiva negativa y poco favorable, estos podrían predisponer a la iniciación de sintomatología depresiva, o bien retroalimentar negativamente trastornos psiquiátricos depresivos ya diagnosticados previos a la etapa perinatal, por lo que cualquiera que sea la situación en la que se produzca el embarazo influye directamente; dentro del mismo contexto, la violencia intrafamiliar es una situación bastante frecuente tanto física como verbal; estas situaciones generan para la mujer ambientes hostiles, bajo autoestima y sensación de soledad al no encontrar apoyo familiar ni de la pareja, por lo que es importante mencionar que la sociedad puede actuar tanto como factor protector o como factor de riesgo en la salud mental materna, por lo que un sistema de salud precario y desinteresado de la etapa prenatal puede traer consecuencias negativas para la salud materno-fetal al crear entornos poco seguros y confortables para la gestante, detallando estos factores en el siguiente capítulo.

### **3. 1 Factores psicológicos**

#### **3. 1. 1 Motivación durante el periodo gestacional**

El apoyo brindado a las gestantes es de vital y de suma importancia, debido a que algunas investigaciones comparan las manifestaciones afectivas tanto positivas como negativas con lo que se concluye que las emociones positivas son muy esenciales y favorecen la salud gestacional, mientras que los afectos negativos son obstáculos para la gestante, afectando la adaptación a la maternidad y a las relación madre e hijo. Durante el embarazo la vida de una mujer tiende a presentar un giro drástico, sus emociones aumentan y por ende la

necesidad de más apoyo emocional de su entorno social y familiar, por lo que la afectividad positiva ha sido valorada como un espacio placentero que se manifiesta a través de motivación, sentimiento de satisfacción, entusiasmo, energía, amistad, unión, confianza, logro y éxito.<sup>90</sup>

La motivación durante la etapa gestacional potencia la salud, debido a que las experiencias emocionales positivas influyen en la salud física, a través de un proceso fisiológico en el cual, si se busca obtener una relación adecuada, entre la gestante y una atención médica eficaz, para poder de esta manera diferenciar conductas saludables de las conductas no saludables, siendo esto una compleja relación entre afectividad, apoyo social y salud. Por lo tanto, el tener un adecuado estado emocional, ayuda a evitar complicaciones durante el embarazo y reduce las consecuencias negativas a nivel fisiológico materno-fetal.<sup>90</sup>

Es de suma importancia fomentar durante el embarazo actividades saludables y cuidar los buenos hábitos de higiene; se puede orientar a la gestante a que realice ejercicios aeróbicos bajo supervisión de profesionales, tomando en cuenta que estos no representen un riesgo potencial y que no generen cansancio extremo. Con respecto a los hábitos de higiene es primordial enfocarse en la higiene bucal, ya que existe evidencia científica que respalda la relación entre una mala higiene bucal y complicaciones fetales, que se puede dar secundario a periodontitis o gingivitis gestacional, y con esto aumentar la incidencia de complicaciones materno-fetales. Además, es recomendable que las gestantes puedan acudir a programas de promoción de la salud como lo son los “clubes de mujeres embarazadas”, donde se imparten charlas relacionadas a la etapa gestacional y la etapa postnatal del recién nacido con el fin de plasmar información importante como la alimentación, suplementación, complicaciones obstétricas, señales de peligro en el embarazo, las diferentes etapas del trabajo de parto y lactancia materna, entre otros temas de interés. Las cuales tendrán mayor impacto en mujeres gestantes primerizas, las cuales representan un mayor porcentaje de depresión prenatal.<sup>91</sup>

Es recomendable la implementación de un área comfortable en las citas del control prenatal, pues existe evidencia significativa que las mujeres que asisten a centros asistenciales con una infraestructura adecuada, donde son tratadas con empatía y dentro de un ambiente agradable, adquieren sentimientos positivos y logran una mayor efectividad en el vínculo materno-fetal durante el embarazo, así como un adecuado control de crecimiento y desarrollo del mismo.<sup>92</sup>

Mejorar las actitudes durante la evaluación de una mujer gestante ayuda a obtener mejores resultados durante el embarazo. Se recomienda utilizar cuestionarios adaptados al ámbito que se encuentre la gestante, los cuales logren medir los síntomas relacionados a problemas psicosociales, obteniendo de esta manera mejores resultados en la identificación de factores predisponentes o gestantes con signos y síntomas de trastornos mentales. Una vez

identificadas es recomendable llevar un seguimiento integral que incluya visitas domiciliarias, charlas y capacitaciones, donde las mujeres se sientan cómodas y en confianza para poder dialogar de temas que ellas consideren que les causan afectación y abordar diversos aspectos importantes, dirigidos según los factores identificados. Con respecto a los factores sociodemográfico, es necesario unificar el sistema de salud, la comunidad y el entorno familiar para dar prioridad a los problemas que afectan a la gestante.<sup>92</sup>

Tomando en cuenta que la falta de interés en las actividades que normalmente resultaban agradables asociado a desgano, agotamiento constante, alteraciones fisiopatológicas sostenidas como el insomnio, falta, disminución o aumento del apetito y el consumo de sustancias alcohólicas son perjudiciales para la salud materno-fetal, por lo que es necesaria la intervención oportuna en estos problemas. En países como Ecuador se ha implementado la psicoprofilaxis obstétrica y la estimulación prenatal teniendo un gran éxito, ya que se brinda preparación prenatal de manera individual y grupal. Con lo anterior se ha conseguido potenciar la atención integral de la mujer desde la concepción hasta la etapa posnatal a partir de un equipo multidisciplinario, traduciéndose como una estrategia en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna-perinatal.<sup>92,93,94</sup>

Es necesario brindar apoyo psicológico durante la gestación, parto y posparto para alcanzar condiciones saludables y positivas tanto para la madre como para el bebé teniendo así una experiencia satisfactoria y feliz durante cada etapa. En el proceso se debe involucrar al padre para lograr un mayor impacto. Es recomendable incluir técnicas de relajación y respiración para optimizar el desarrollo mental y sensorial del futuro bebé, así como abordar a la madre para mejorar su estado físico y mental ayudando a adquirir energía, logrando alivio de tensiones o molestias y mejorar su capacidad de adaptación.<sup>94</sup>

La motivación en la etapa gestacional resulta esencial, para un adecuado desarrollo del embarazo, ya que se consigue una mejor adaptación de la mujer al cambio que sufre durante esta etapa. Se puede argumentar que la gestante motivada tendrá más interés por el bienestar de ella misma como del bebé, buscará atención médica de manera activa para entender los cambios fisiológicos que se presentan, logrará identificar signos de alarma y evitará actividades de riesgo, todo con el fin de tener un desarrollo del embarazo óptimo. El equipo de salud multidisciplinario es vital para brindar una atención médica completa, por lo que se involucra y son de suma importancia la participación del ginecólogo, comadrona, psicólogo, psiquiatra y promotores de salud para que la paciente gestante se sienta confortada durante el desarrollo del embarazo.

### 3. 1. 2 Embarazo no deseado

El embarazo puede concebirse en diversos escenarios, por lo que se considera que el embarazo no planificado es un factor de riesgo, que se da como consecuencia de una mala o nula planificación familiar y un uso inadecuado de métodos anticonceptivos. El riesgo de padecer depresión durante el periodo gestacional se encuentra asociado al embarazo no deseado y muchas veces va acompañado de factores como bajo nivel educativo, desempleo, historia de violencia doméstica y consumo de drogas por parte de la gestante. Es importante tomar en cuenta que un embarazo no planificado genera una carga económica estresante para la paciente, lo que dificulta su bienestar y entorno.<sup>2, 6, 23</sup>

Cuando el embarazo no es planificado se pueden producir sentimientos negativos hacia el embarazo o hacia la propia paciente, puede haber rechazo, rabia o ambivalencia. Asimismo, la mujer puede experimentar angustia por la responsabilidad que significa asumir el rol de madre o sentirse culpable por creer que no está contribuyendo al bienestar de su bebé.<sup>3, 4</sup>

El embarazo no deseado se concibe como una interferencia en el proyecto de vida y expectativas de la mujer. Además, es un factor que contribuye aunado con la situación socio económico de pobreza por interferir con las oportunidades de educación y de trabajo, que conllevan a una mayor angustia para la gestante y al no cumplir con las expectativas de vida, puede conducir a una depresión durante y después del embarazo. Así lo menciona una revisión realizada en Perú sobre salud mental y el aborto terapéutico, donde busca facilitar el acceso a la terminación del embarazo no deseado, al mostrarse como factor de riesgo para la depresión perinatal.<sup>95</sup>

En 2013 se publicó un artículo de Venezuela acerca de Depresión y Ansiedad en embarazadas el cual consistió en un estudio correlacional, transversal y no experimental donde participaron 236 embarazadas. En la entrevista utilizaron el test de Hamilton para la ansiedad y el test de Hamilton para la depresión obteniendo que el 45.76% de la población total estudiada tenía un embarazo no deseado y entre ellas, el riesgo de presentar depresión era 1.66 veces mayor en comparación de las mujeres que sí deseaban el embarazo. A pesar de no ser estadísticamente significativo este resultado, existe la relación entre depresión y embarazo no deseado, siendo el rechazo al embarazo un factor predictor para la depresión.<sup>96</sup>

El embarazo no deseado puede crear conflictos emocionales en la mujer, ya que se considera como un obstáculo para las metas trazadas a corto, mediano y largo plazo. Por lo tanto, puede ser un factor de riesgo para la depresión gestacional, debido a que la mujer se puede sentir obligada a continuar con el embarazo sin tener una estabilidad emocional y/o

económica en ese momento, o inclusive no contar con el apoyo de la pareja o de la familia. Lo anterior puede aportar como factores predictores para el desarrollo de depresión durante el embarazo. Podemos destacar que el factor único de embarazo no deseado no desarrolla depresión, sino eso será al interactuar con otros factores como los socioeconómicos. Es importante reforzar la educación sexual en jóvenes y adultos para obtener mejores resultados sobre la utilización correcta de los métodos anticonceptivos y así evitar situaciones desfavorables como el embarazo no deseado.

### **3. 1. 3 Consumo de sustancias psicoactivas**

La depresión durante el embarazo se ha asociado con una menor búsqueda de atención médica como lo son los controles prenatales y una disminución en la participación de programas de control prenatal, generalmente son mujeres que aumentan o mantienen conductas de riesgo al utilizar sustancias psicoactivas entre ellas las drogas ilegales, el alcohol y el tabaco durante el embarazo.<sup>6, 10, 22</sup>

Las gestantes con depresión al mostrar un desinterés en el autocuidado también pueden iniciar o incrementar el consumo o abuso de nicotina, alcohol y sustancias psicoactivas, sumado poca actividad física y no tomar las vitaminas prenatales. Es importante mencionar debido a que se han aumentado la cifra de mujeres bebedoras, esto puede ser por el ambiente que se rodean, por lo que encuentran un refugio en el efecto que produce conduciendo a un abuso, que puede continuarse durante el embarazo. Por lo que es importante dar un manejo multidisciplinario para evitar el consumo durante el embarazo, para evitar complicaciones tanto psiquiátricas como obstétricas.<sup>11</sup>

Según la opinión de varios expertos, existe la relación entre el uso o abuso de drogas y alcohol con trastornos depresivos. Se conoce que el abuso de alcohol puede inducir o simular cualquier trastorno psiquiátrico; al igual que el uso de drogas ilegales o aquellas autorizadas para tratamiento médico como pueden ser los narcóticos, barbitúricos, hipnóticos, sedantes y anfetaminas. Aunque los que más se han relacionado con manifestaciones psiquiátricas, como la depresión principalmente, son los narcóticos y barbitúricos.<sup>97</sup>

A pesar de que existe evidencia respaldando que la depresión prenatal puede inducir a conductas de riesgo como el consumo de sustancias psicoactivas, no existen estudios científicos que investiguen la asociación directa entre el consumo de sustancias psicoactivas y la depresión prenatal. Esto podría deberse a la dificultad de trabajar con esta población de

riesgo en particular que sufre adicción; existiendo una poca participación de las pacientes y una dificultad en el cumplimiento de citas controles o chequeos.

## **3. 2 Factores sociales**

### **3. 2. 1 Influencia e interacción social durante el periodo gestacional**

El apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de un individuo en una enfoque general, debido a que protege a las personas de consecuencias físicas o psicológicas negativas, por lo que esta se define como el conjunto de provisiones expresivas o materiales proporcionadas por la comunidad, por las redes sociales y las personas de confianza tanto en situaciones cotidianas como en crisis. Se ha evidenciado que el apoyo social en momentos negativos hace que la persona se sienta valorada y mejora su condición de vida, por lo tanto el apoyo social juega un papel importante durante el embarazo tanto para la salud de la madre y del bebé, logrando un mejor desarrollo personal, aumentando el autoestima, el sentido de estabilidad, disminuyendo los estados de ansiedad, depresión y contribuye positivamente en mejorar los hábitos alimenticios y que las gestantes opten por seguir comportamientos de salud enfocados en el embarazo.<sup>98, 99</sup>

La relación de la gestante con la sociedad es también de interés para la salud pública y la epidemiología demostrando que la salud materna interactúa y se ve influenciada por la sociedad, por lo que ésta ejerce un papel muy importante en el proceso de salud-enfermedad al involucrar, no solo a la gestante si no, a las personas que la rodean como familiares, amigos y vecinos.<sup>100</sup>

En referencia al trabajo durante el periodo gestacional, este no debe de detenerse a menos de sufrir complicaciones. La gestante puede continuar trabajando hasta las 34 semanas, tomando en cuenta que el trabajo no implique esfuerzos físicos exagerados, la bipedestación prolongada o sobre carga de trabajo. Esto contribuye a que la gestante pueda seguir relacionándose y continuar sus labores impulsando el valor de las mujeres.<sup>91</sup>

El apoyo que se le brinda a las gestantes de parte de la sociedad en las primeras etapas del embarazo, fortalecen la salud de la madre y del recién nacido por medio de conductas adquiridas por parte de los individuos como lo son: someterse a controles tempranos de embarazo y la adquisición de conductas saludables.<sup>101</sup>

Según un estudio realizado en Colombia donde participaron 94 mujeres que asistieron a control prenatal, aplicaron la escala “General Health Questionnaire” para medir el nivel de



información y apoyo social. Encontraron que mayor nivel de información disminuye la presencia de síntomas depresivos en gestantes y además, el apoyo social que se le brinda disminuye la angustia, la ansiedad y aumenta la calidad de vida en salud, estado de ánimo, relaciones laborales, relaciones sociales. Esto significa que el estatus de salud y la calidad de vida de una mujer embarazada tienen óptimas condiciones si hay un mayor apoyo social ya que se ve asociado a una mejoría en la salud global, física y psicológica.<sup>101</sup>

Parte fundamental del abordaje de gestantes con depresión es poder valorar y desarrollar estrategias para que los servicios de atención primaria en la atención de mujeres embarazadas implementen un abordaje integral y multidisciplinario, ya que muchas mujeres previamente a la concepción padecen de comorbilidades, siendo estos potenciales factores de riesgo que agraven la salud materno-fetal y con ello se perjudiquen la salud mental materna. Al afectar la salud mental materna, la gestante puede iniciar con actividades poco saludables hacia sí misma, afectando el apego materno-fetal y trayendo consecuencias tanto para el entorno familiar como social. Por lo tanto, sería de mucha utilidad que todos los centros asistenciales donde se evalúen a pacientes embarazadas, este conformado por un equipo multidisciplinario para el mejor manejo y control de estas, involucrando a personal especializado en obstetricia, personal dedicado a la salud mental, pediatra y proveedores de salud; cada uno cuenta con un papel fundamental al evaluar a una paciente durante la etapa prenatal, brindándole a la gestante seguridad, tranquilidad y confianza.<sup>102</sup>

Según Watzlawic señala que la comunicación o interacción social no solo difunde información, si no que a la vez influye mutuamente en la relación entre los individuos, involucrando en ello dos procesos los cuales son la comunicación digital (lo que se dice) y la comunicación análoga (como se dice las cosas). Debido a que en las mujeres embarazadas su prioridad se centra en conocer el proceso de su embarazo y afectividad en este periodo, se ven en la necesidad de mantenerse informadas. Entendiendo así, que la comunicación es de vital importancia desde la concepción hasta el nacimiento del producto de la fecundación, por lo que se debe de realizar en todo momento, comenzando desde la etapa intrauterina; deber ser acompañado de un ambiente positivo ya que de esta manera se adquiere una adecuada interacción social además de ser un proceso de intercambio de información donde se aprende sobre las experiencias y se amplía el conocimiento necesario. La comunicación, por lo tanto, es un factor que puede fortalecer la relación entre los padres y el bebé durante el embarazo.<sup>103, 98</sup>

Lo anterior evidencia la importancia entre la interacción de la sociedad y la gestación, ya que un ambiente hostil, violento y desinteresado por la salud de las gestantes resulta en complicaciones tanto psicológicas como físicas. Por lo contrario, un entorno social adecuado e

interesado por la salud de las gestantes contribuye a la motivación de la paciente al sentirse confortada por quienes la rodean, disminuyendo el riesgo de trastornos mentales como la depresión o la ansiedad al mejorar la comunicación.

Es importante mencionar que las mujeres gestantes que se encuentran en un ambiente de violencia y que la información recibida es negativa, aumenta la incidencia de ansiedad y depresión, por lo que se deben enfocar en determinar si la influencia externa recibida por parte de la gestante es positiva o negativa, por lo que recomendamos disminuir el tiempo de noticias y lugares donde se sienta en riesgo.

### **3. 2. 2 Relación de pareja**

El apoyo de la pareja durante la gestación forma parte primordial como factor de depresión, la cual su base fundamental es el sostén emocional. En un estudio observacional analítico de casos y controles realizado en el Instituto Materno Perinatal en Perú donde se estudiaron a 3,214 gestantes del tercer trimestre, se evidenció que el apoyo emocional se asocia de manera importante con la depresión, de tal manera que las gestantes quienes no tienen apoyo emocional de parte de la pareja pueden tener más probabilidad de padecer depresión durante el embarazo con una relación de 6.8 veces mayor en comparación de las que si reciben apoyo emocional. Estos resultados son similares a los encontrados por Brock R y Col. pues en su estudio hallaron que la falta de apoyo recibido por parte de la pareja durante la gestación refuerza la depresión materna desde el embarazo hasta 30 meses después del parto. Por lo que es fundamental implementar estrategias para lograr que las parejas participen y se informen sobre los controles prenatales, así como talleres o charlas dirigidas principalmente al hombre sobre como aceptar el rol de la paternidad y de esta manera lograr una interacción adecuado con el propósito de que la gestante se sienta animada y apoyada durante el embarazo.<sup>104</sup>

Se consideran factores de riesgo psicológico para depresión gestacional la violencia conyugal o tener una pareja que no brinde apoyo emocional. La prevalencia de maltrato psicológico por la pareja, que la pareja sea disfuncional, el antecedente de una ruptura reciente con la pareja emocional y malas relaciones interpersonales se ha relacionado con una mayor prevalencia de casos de depresión perinatal.<sup>33, 82</sup>

Las relaciones de parejas inestables tienden a aumentar los síntomas de depresión durante la gestación. Rojas et al., afirma que el vínculo que suele haber en el entorno de la mujer embarazada tiende a influir sobre la presencia de depresión, llegándose a la conclusión que no solo la ausencia o separación de la pareja puede ser un desencadenante de los síntomas,

sino también al trato que reciba de parte del conyugue al no brindar cariño y dedicación. Debido a patrones de enseñanza aprendidos en los hogares, muchos hombres no están acostumbrados a hablar de sentimientos y no saben cómo desenvolverse o responder cuando su pareja necesita apoyo emocional.<sup>96</sup>

La depresión perinatal se ve fuertemente asociada al tipo de relación con la pareja sentimental. Las relaciones inestables, con violencia conyugal tanto física como mental y las rupturas se ven relacionadas con síntomas depresivos en el embarazo, al igual que el poco o nulo apoyo emocional por parte de la pareja. Lo anterior es un factor importante en la salud mental materna, en el crecimiento y desarrollo del embarazo e inclusive en la posterioridad del nacimiento del recién nacido, ya que se obtienen consecuencias negativas tanto físicas como mentales para la madre y para el feto a partir de relaciones interpersonales poco saludables. Los hombres con trastornos mentales no tratados pueden influenciar directamente en la pareja, por lo que se deberá reforzar la salud mental en toda la población.

### **3. 2. 3 Relación familiar**

De los factores que se ven asociados a la presentación de síntomas depresivos en el embarazo incluye la disfuncionalidad familiar catalogada como falta de apoyo familiar. Así lo demuestra una tesis realizada en Ecuador donde su objetivo fue buscar la asociación de la depresión gestacional y la funcionalidad familiar. Se utilizó el test de Edinburgo en 265 embarazadas para identificar a las pacientes con depresión y posteriormente se utilizó el test de APGAR familiar para indagar si la relación familiar está asociada con la depresión gestacional. En los resultados obtuvieron una incidencia de 52 gestantes con depresión, que representan el 19.6% del total, de este resultado se obtuvo que el 37% tenía una familia disfuncional, lo cual resulta estadísticamente significativo. En relación de medidores de riesgo, se estableció que una mujer con familia disfuncional tiene 4.9 veces más probabilidades de desarrollar depresión durante el embarazo.<sup>105</sup>

En un estudio realizado por una revista mexicana de pediatría, donde se estudió a mujeres embarazadas que acudieron al hospital perinatal se evidenció que la frecuencia de depresión en mujeres embarazadas adolescentes coincide en que la mayoría son estudiantes y que un gran número eran hijas de madres quienes resultaron embarazadas a temprana edad.<sup>106</sup>

En la región de Latinoamérica se han realizado diversas publicaciones donde se menciona que la comunicación que existe entre madres e hijas embarazadas es diferente a la comunicación entre madres e hijas no embarazadas. Se ha evidenciado que la madre de la adolescente embarazada había pasado por condiciones similares o que es madre soltera. Se

ha realizado un estudio donde se evaluó la función familiar mediante el modelo McMaster que clasifica la estructura familiar como uniparental, nuclear y extensa llegando a la conclusión que el proceso de actitudes dentro de la familia se da por tres condiciones las cuales son: el compromiso de los padres, la respuesta afectiva positiva y la comunicación intrafamiliar, siendo estos pilares fundamentales en el desarrollo de actitudes apropiadas en adolescentes y en su práctica sexual.<sup>107</sup>

Lo anterior demuestra que la familia es importante durante el período gestacional. Los estudios anteriormente descritos mencionan que una familia disfuncional puede ser factor de riesgo para que la gestante pueda desarrollar síntomas depresivos o incluso depresión durante el embarazo. En el embarazo adolescente, la comunicación familiar se ve afectada por la prematuridad de la situación, lo que podría afectar a la estima de la gestante al no sentirse apoyada por sus padres. Cabe resaltar que existe un patrón similar de embarazo adolescente en la madre de la gestante que podría ser de interés para analizar factores psicosociales relacionados con el embarazo adolescente.

### **3. 2. 4 Violencia intrafamiliar**

La violencia intrafamiliar es otra variable de riesgo comúnmente identificada, la cual supone ambientes hostiles para la gestante, incrementando la sensación de soledad, al no encontrar dentro de su ámbito una figura de apoyo, como podría ser su pareja. Se ha evidenciado una mayor incidencia en las poblaciones donde no existe equidad de género, generalmente estas actitudes se dan por costumbres culturales y sociales. La violencia no necesariamente debe ser física, sino que también engloba las agresiones verbales, psicológicas y sexuales, las cuales repercuten de igual manera en la integridad de la gestante.<sup>6, 10, 68</sup>

Investigaciones varias, muestran una directa relación entre la salud mental de las mujeres y la violencia doméstica con una alta frecuencia de mujeres agredidas que presentan depresión, ansiedad, síntomas traumáticos y autodestructivos. Las relaciones con la depresión han sido ampliamente estudiadas. Así, diversas investigaciones en Estados Unidos han encontrado que el 47,6 % de mujeres que viven violencia también sufren depresión. Otros estudios han demostrado que las mujeres con depresión en los períodos prenatal y postnatal tienen 3 a 5 veces más de probabilidades haber sido víctima de violencia doméstica durante la vida adulta en los últimos 12 meses o durante el embarazo. También se menciona que las mujeres que sufren violencia doméstica durante el embarazo tienen 3 a 7 veces más probabilidades de una depresión en el periodo perinatal.<sup>105, 108</sup>

La violencia intrafamiliar como factor de riesgo para depresión prenatal es común en muchos países donde aún existen conductas sociales como el machismo. En él resalta el sentimiento de superioridad por parte del hombre hacia la mujer, lo que conlleva a agresiones físicas, verbales, emocionales y sexuales contra la pareja. Durante el período del embarazo, la estima de la gestante se ve mayormente afectada debido a que es una etapa importante donde sufre varios cambios fisiológicos y al no tener un ambiente agradable repercute en la salud mental materna de la embarazada y contribuye a la iniciación de síntomas depresivos, además de ser un riesgo potencial para el crecimiento y desarrollo de la vida intrauterina del bebé.

### **3. 2. 5 Duelo Familiar**

Freud estudió las diferencias entre duelo normal y anormal, siendo el duelo normal una experiencia donde la persona lamenta la pérdida de un ser amado, propiedad o creencia ideológica. A través del duelo el sujeto se libera paulatinamente del objeto perdido con el fin de integrarse de nuevo a su vida diaria. En el duelo anormal el paciente sufre una noción aún más severa de lo que en realidad podría ser, además de generar un deseo irrealizable lo que generalmente va acompañado de impotencia y desesperanza. El antecedente de la separación y la pérdida de seres queridos en la infancia pueden producir depresiones infantiles convirtiéndose en un antecedente para sufrir trastorno depresivo en la adultez.<sup>11,97</sup>

Este tipo de circunstancias también puede desencadenarse por el fallecimiento de un recién nacido lo que recibe el nombre de duelo perinatal que pudo haber experimentado la madre durante un embarazo anterior. Esto logra provocar un sufrimiento psicológico que no es muy beneficioso durante la etapa gestacional actual produciendo síntomas como la tristeza, el insomnio, la anorexia, la pérdida de peso. En 1984 Herz añadió que en una circunstancia de duelo perinatal la mujer tiende a sentirse avergonzada y traicionada por su propio cuerpo, experimenta la rabia por pensar que todo sucedió por su culpa, teniendo la sensación de haber decepcionado a su pareja.<sup>109</sup>

Por lo anterior, la salud mental de la gestante puede verse influenciada por pérdidas recientes como en el caso de un duelo normal o por pérdidas presentadas mucho tiempo atrás lo que es conocido como duelo patológico o anormal. El antecedente de aborto previo o la recurrencia de abortos en la historia ginecológica de la paciente es importante para la consideración de la salud mental de la misma, ya que la paciente presentará temor por la posibilidad de una nueva pérdida en el embarazo actual, lo que podría resultar en culpabilidad y baja estima al creer imposible el embarazo por algún error en su cuerpo. Al igual no se afronta de igual manera un duelo durante el embarazo, esto puede tener una influencia hormonal, por

lo que se deberá vigilar estrechamente a madres quienes sufren una partida de un ser querido cercano como puede ser el caso más importante la pareja o sus padres.

La depresión está directamente relacionada con los factores psicológicos por lo que es un elemento primordial en pacientes quienes sufren de depresión durante la gestación, esto debido a distintas variables que se entrelazan constituyendo y aumentando el riesgo de padecer mayor sintomatología depresiva hasta el punto de ser perjudicial. Por otro lado, podríamos decir que el apoyo social, cuando es adecuado, se comportaría como un factor protector frente a la presencia de síntomas depresivos, relacionado de esta manera a la gestante con la sociedad siendo esto de interés para la salud pública, demostrando que la salud materna interactúa y se ve influenciada por la sociedad, por lo que ésta ejerce un papel muy importante en el proceso de salud-enfermedad al involucrar, no solo a la gestante si no, a las personas que la rodean como familiares, amigos y vecinos. Un entorno social adecuado e interesado contribuye a la motivación de la paciente al sentirse confortada por quienes la rodean, disminuyendo el riesgo de trastornos mentales como la depresión o la ansiedad al mejorar la comunicación.

## CAPITULO 4. ANÁLISIS

La depresión es un trastorno el cual está constituido por síntomas de tipo afectivo, cognitivo, volitivo y físico. Gran cantidad de mujeres embarazadas presentan síntomas leves de depresión, por lo que es importante tomar en cuenta el deterioro de la apariencia, aspecto personal, lentitud de movimientos, llanto fácil y la alteración en el ciclo del sueño debido a que la depresión y el embarazo están relacionados porque comparten sintomatología sugerida por los cambios hormonales, respuesta a eventos traumáticos previos y percepción del cambio físico-social, aunque según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) define como depresión mayor a la presencia de al menos 5 síntomas como: ánimo depresivo, pérdida de interés y placer, aumento o pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, enlentecimiento o agitación psicomotor, sensación de pérdida de energía o fatiga, sentimientos de culpa e inutilidad, pérdida de concentración e indecisión y pensamientos suicidas o de muerte recurrentes, los cuales deben estar presentes la mayor parte del día, durante al menos dos semanas. Además de los síntomas cardinales de la depresión podemos observar angustia, irritabilidad, desconcentración, labilidad emocional, culpabilidad y desesperanza, aunque en número de casos no se presentan estos síntomas, si no deberían complementarse en investigar factores de riesgo y en la pérdida de interés en actividades placenteras, o cualquier cambio referido por la paciente. Para un diagnóstico certero se recomienda evaluar mediante una observación, cuestionario y entrevista a un familiar cercano.

El aumento en la prevalencia de trastornos psiquiátricos como la depresión prenatal puede deberse a un aumento en el diagnóstico y que en la última década los trastornos psiquiátricos aun tomado auge, pero teniendo como antecedente que las mujeres en edad adulta presentan casi dos veces más prevalencia de depresión que en los hombres, siendo la segunda causa de discapacidad y morbilidad durante el periodo gestacional. Pero a pesar de los esfuerzos y avances, sigue siendo subdiagnosticada. Luego de observar la amplia cantidad de herramientas utilizadas para hacer diagnóstico en todo el mundo, podemos llegar a la conclusión que no podemos estandarizarlas, pero es evidente que en países tercermundistas como Colombia, México y Guatemala es una prevalencia mayor de aproximadamente un 20 – 40%, en comparación con países europeos donde la tasa varía desde un 8.5% a un 17.5%. Se tuvieron datos de diversos países entre ellos cabe mencionar, Sur África, Oslo, países europeos occidentales, medios orientales, asiáticos del sur, Tanzania, Turquía, Australia, Sídney, New South Gales, Perú, Ecuador, y Colombia. En Guatemala no hay estadísticas nacionales recientes sobre depresión perinatal, porque no se le ha dado importancia a la salud mental, concentrado la mayoría de la atención en las morbilidades que afectan el componente físico de

la gestante. No se tiene establecido el tamizaje de rutina dentro del periodo prenatal el cual se podría iniciar en el primer nivel de atención, ya que es el primer contacto con la paciente y el momento ideal para realizar una detección temprana.

La tasa de fecundidad se define como, el número de hijos que se pronostica tendrá una mujer en edad reproductiva. Dicha edad está comprendida entre los 15 y 49 años, tomando en cuenta que después de los 35 años disminuye la capacidad reproductiva de la mujer. Es una estimación importante que se utiliza a nivel mundial, la cual permite conocer a los países que tanto puede crecer su población. Esta tasa puede variar de país en país influenciada por diversos factores. Una tasa de 2 hijos por mujeres se considera la tasa de reemplazo para una población, lo que resulta en una estabilidad. Las tasas superiores a dos niños indican que las poblaciones crecen de tamaño y la edad mediana está disminuyendo. Estos valores altos van acompañados de dificultades para las familias como alimentación, educación, trabajo, entre otros. En general las tasas de fecundidad alrededor del mundo han ido en declive a lo largo de los años, principalmente se ha observado en países industrializados, pertenecientes a la región de Europa y América del norte. En contraste, en países de África la tasa sigue siendo alta al igual que en un grupo de países poco desarrollados.

Con la variación en las tasas de fertilidad también han cambiado los patrones de edad en la maternidad a lo largo de los años, cada vez es más bajo el número de años siendo para el 2015 27.5 años. Es importante resaltar, que los embarazos en adolescentes han aumentado en cantidad, reportando el mayor número en países de África seguido de América Latina y el Caribe. Lo que genera preocupación para las autoridades líderes de estos países, ya que estos embarazos generan mayor mortalidad materna y neonatal.

Por otro lado, el porcentaje de mujeres que no desean un embarazo es cada vez más alto siendo principalmente así en países desarrollados. Lo que revela el impacto que tienen los programas de planificación familiar dentro de los servicios de salud. Por lo que es importante que las autoridades de salud se enfoquen en fortalecer estos programas, así como realizar actividades de promoción para que las mujeres muestren interés y preocupación por su salud reproductiva.

La depresión durante el periodo prenatal tiene una etiología multifactorial. Dentro de estos se encuentran los factores sociodemográficos. Se ha estudiado que las mujeres adolescentes están más predispuestas a desarrollar esta patología. Lo que puede explicarse porque tienen una mayor inestabilidad emocional, generalmente son adolescentes que no tienen una pareja estable. En la mayoría de las situaciones, por ser un embarazo adolescente y no planificado, no tienen apoyo de su familia. Todas estas situaciones generan más



preocupaciones por su futuro y por el de su bebé, pensando en la calidad de vida que pueden ofrecerle y la situación económica que enfrentarán. Es importante destacar que estas mujeres están más predispuestas a desarrollar alguna complicación obstétrica, lo que genera mayor morbilidad y mortalidad materna-infantil. En contraste, también se han encontrado estudios, aunque en menor cantidad, que revelan una relación entre la edad adulta y la depresión prenatal. Relacionado con la mayor predisposición de mujeres mayores a presentar una patología asociada durante el embarazo lo que genera estrés en la futura madre sobre su salud y la de su futuro bebé. Finalmente, una menor cantidad de bibliografía no reveló una asociación significativa entre estas variables.

La etnia es otra de las variables sé que han estudiado, relacionando la depresión prenatal con pertenecer a un grupo étnico minoritario. Se ha establecido mayor prevalencia en mujeres de color, latinas y asiáticas. Las mujeres pertenecientes a estos grupos presentan síntomas depresivos de moderados a severos los cuales persisten hasta dos a cuatro años después del parto. Esto se justifica por el estrés generado en estas mujeres por pertenecer a un grupo minoritario debido a la discriminación, a la falta de oportunidades, lo que genera menos ingreso económico y menor estabilidad para sostener una familia. Otro de los grupos más afectados, son las mujeres que por alguna razón se ven en la necesidad de migrar de su país hacia otro, siendo una de cada tres las que desarrollan depresión. Estas gestantes experimentan rechazo social, marginación y discriminación. En este grupo, también la situación laboral y económica juega un papel importante ya que la falta de estos genera mayor inseguridad y preocupación en la paciente. Además, son mujeres que tienen acceso a servicios de salud más limitados, lo que dificulta recibir una atención prenatal adecuada, retrasando el diagnóstico de ciertas patologías durante este periodo entre estas la depresión. Todas estas situaciones afectan la autoestima de la mujer y su salud mental, convirtiéndola en una gestante con mayor vulnerabilidad. Cabe mencionar, que muchas veces las mujeres migran solas sin acompañantes, sin familia o una pareja, generando una falta de apoyo social. Permitiendo que la embarazada se sienta sola, sin apoyo haciéndola más vulnerable a las situaciones adversas que se le puedan presentar. Se conoce que las mujeres originarias de países en vías de desarrollo son las que migran con mayor frecuencia a otros países, buscando mejorar su calidad de vida. Es relevante que las autoridades de estos países propongan e implementen programas que faciliten el acceso a la salud prenatal de estas mujeres, además de generar propuestas de inclusión, para de esta forma detectar y tratar de manera adecuada la depresión durante este periodo.

Las mujeres solteras o que no viven con su pareja son más vulnerables a desarrollar depresión prenatal. Debido a que experimentan mayor soledad, menos apoyo social, menos confianza en sí mismas y generalmente son mujeres que tienen una mayor probabilidad de vivir solas. Sin embargo, es importante mencionar que aparte del estado civil de la gestante, es importante el tipo de relación que se establezca con la pareja. Ya que hay mujeres casadas o unidas, que viven con su pareja, sin embargo, tienen una mala relación o constantes problemas con ellos lo que también se ha establecido como un factor de riesgo para desarrollar este trastorno mental, siendo cuatro veces mayor el riesgo de ser depresivas. Así, una relación problemática, conflictiva e insatisfecha es un factor de riesgo para la madre. Las mujeres con pareja y una buena relación, tienen un factor protector en el periodo de transición de la maternidad.

Las gestantes con mayor nivel educativo tienen menos riesgo de presentar depresión durante el periodo prenatal. Lo que se puede explicar es que son mujeres con mayor acceso a los servicios de salud lo que les permite llevar un control prenatal adecuado y con mayor preocupación sobre su salud mental. En estudios se ha identificado que estas mujeres tienen mejores relaciones y apoyo sociales que las mujeres con menor educación. La alfabetización brinda a las mujeres una sensación de autoestima y autosuficiencia mejorada, disminuye los sentimientos de vergüenza y así se reducen los síntomas depresivos. Además, tienen una mayor capacidad de juzgar su propio estado emocional. Las mujeres que no tienen educación son más propensas a no buscar a servicios de atención en salud, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

El tipo de trabajo es finalmente otro de los factores de riesgo sociodemográficos que se han discutido. Determinando que las mujeres con empleos dentro del gobierno o instituciones privadas tienen menor riesgo de desarrollar depresión prenatal, en contraste con mujeres dedicadas al comercio, amas de casa o trabajos informales que están más predispuestas a desarrollar depresión. Esto se relaciona con los ingresos que generan para mantenerse ellas y sus bebés. Se ha establecido que las mujeres con un sueldo mensual menor de 45 dólares son más vulnerables que las gestantes con ingresos mayores. Además, es importante mencionar que las que tienen problemas de dinero o deudas tienen otro factor de riesgo asociado ya que son situaciones que generan estrés. Dentro de esta variable es importante considerar tanto el tipo de trabajo, la situación económica como la presión que puede generar el empleo.

Los factores clínicos como los antecedentes personales son importantes, debido a que podemos encontrar ansiedad, eventos estresantes y antecedente de depresión por lo que se tiene que reconocer a mujeres que previo al embarazo hayan presentado algún grado de

depresión, pues este es un factor clínico importante en el desarrollo de esta patología en el embarazo y post parto. Esto cobra importancia cuando se comparan estudios, donde indican que aproximadamente el 50% de episodios de depresión post parto han comenzado durante el embarazo. Aunque el embarazo se considera como un estado adecuado de salud mental y emocional, por lo que se plantea como un factor protector contra alteraciones del estado de ánimo. A pesar de esto para algunas mujeres el período de gestación se puede convertir en un factor para aumentar las enfermedades psiquiátricas como la depresión. Es importante que a pacientes con antecedente de trastorno de depresión mayor o postparto previo, trastorno bipolar, esquizofrenia y psicosis puerperal, se les brinde un seguimiento y plan educacional amplio para evitar complicaciones futuras.

Complicaciones obstétricas previas pueden dar mayor probabilidad de desarrollar depresión prenatal, tales como antecedentes de aborto o muerte fetal, debido a que presentan temor en el actual embarazo. Por otro lado, las enfermedades crónicas como diabetes o hipo e hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison las cuales puede tener predominio al presentar síntomas similares a depresión o complicaciones. Las alteraciones tiroideas se asemejan a síntomas psiquiátricos por lo que según el DSM-IV es un criterio de exclusión para trastorno depresivo mayor. Por lo que se deberá conseguir un estado de salud óptimo en la embarazada para evitar que síntomas similares sean producidos o alterados por otras patologías. Es importante mencionar que las pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tiene hasta dos veces más riesgo de desarrollar depresión, debido a su estrecha relación con el cortisol y una carga psicológica elevada.

Las enfermedades crónicas y genéticas como las adquiridas representan riesgo para desarrollo de depresión en el embarazo, por lo que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), puede tener una prevalencia de 25.8% en mujeres, las cuales no se cuentan muchos estudios para esta población en especial, pero se estima que pueden presentar un 36% de prevalencia depresión prenatal. Está ampliamente relacionada por la manera de contagio, factores sociales y personales, lo que da como resultado una disminución de la calidad de vida, baja adherencia a los medicamentos y una mayor morbilidad. La carga emocional es mayor debido a que una mujer seropositiva que se embaraza deberá enfrentarse a la decisión de formar una familia y temor por ser transmisora de la enfermedad, por lo que es un grupo de riesgo que se deberá mantener en vigilancia.

Pacientes que ha tenido abortos previamente, ya sea espontaneo o inducido aumentan el riesgo de depresión en el primer trimestre, presentando hasta 3 veces más riesgo. Esto relacionado al sentimiento de culpa, vergüenza y por el estigma social. Podemos afirmar que las

mujeres presentan niveles significativamente elevados de depresión y ansiedad en las semanas y meses posteriores a la pérdida, pero entre un 50% a 80% de mujeres concebirá nuevamente, aunque una de las interrogantes que aún no se han podido responder es si el nacimiento de un bebe posteriormente resuelve los síntomas afectivos asociados con la pérdida previa o si los síntomas persisten. Según la Organización Mundial de la Salud, recomienda un periodo intergenésico de al menos 6 meses para una recuperación física y mental.

Otro punto importante en factores clínicos son los antecedentes familiares psiquiátricos, debido que al ser un tema tabú o al no estar diagnosticados, aumentan el riesgo de desarrollar depresión prenatal, esto es importante ya que debido a que la mayoría de familias prefiere guardar en secreto este tipo de antecedentes haciendo difícil el diagnóstico, o bien hasta presentar sintomatología evidente. Familiares de primer grado aumenta hasta el doble este riesgo, aunque la convivencia familiar puede predisponer a presentar el mismo trastorno neurológico, como es el caso de población a cargo de pacientes con depresión mayor o esquizofrenia.

Con relación a depresión en adolescentes gestantes se debe hacer énfasis en que pueden encontrarse características típicas de esta etapa, lo cual puede enmascarar las conductas o sintomatología dificultando su detección, por lo que es importante tomar en cuenta factores como el tipo relación de pareja que se relaciona con agresión física y verbal, desempleo y falta de ingreso económico, los cuales aumentan el riesgo.

Aún no queda clara la relación entre paridad y depresión prenatal, debido a que muchos estudios apoyan que mujeres primíparas presentan mayor riesgo de depresión mientras que otros lo relacionan a mujeres multíparas. Por lo que podríamos afirmar que esto dependerá de la percepción de la mujer al embarazo. Se ha observado que las mujeres de primer mundo pueden desarrollar depresión al ser primíparas debido al posible abandono de sus metas, mientras que mujeres primíparas de países tercermundistas el desarrollo de depresión se ve asociado al nivel socioeconómico, edad del primer embarazo, apoyo social y familiar.

La edad gestacional con mayor tasa de prevalencia se encontró en el segundo y tercer trimestre, esto debido a la fluctuación hormonal, cambios físicos, la presentación de posibles complicaciones y desprendimiento físico secundario al parto. Debido a esto se recomienda intensificar el tamizaje durante este periodo para brindar un abordaje oportuno.

El tamizaje de depresión en el periodo perinatal se deberá realizar al menos una vez en todas las mujeres embarazadas en su primera consulta obstétrica, para determinar algún factor de riesgo y continuar con una vigilancia estrecha de la misma. Entre las herramientas, se

encuentra una amplia gama, no se ha estandarizado uno para diagnóstico, pero el más utilizado debido a su fácil comprensión, tiempo corto de la prueba y fácil interpretación es el Test de Edimburgo, se recomienda un punto de corte de 12 puntos, con lo que podemos obtener una sensibilidad de 94% y una especificidad 77% encontrándose como el más confiable para realizar el tamizaje.

La motivación durante la etapa gestacional brindada por el entorno social influye positivamente con el proceso del embarazo. Siendo el apoyo social un factor protector para la salud mental evitando el desarrollo de trastornos mentales o en el caso de que la gestante ya perciba sentimientos negativos, esta se sienta en la libertad de buscar atención médica oportuna sin el miedo de sentirse juzgada. El que la gestante se sienta apoyada contribuye a mejorar su estilo de vida, a adaptar hábitos de higiene y prestar atención a signos de alarma para evitar complicaciones. Así, la gestante se encontrará más interesada en acudir a programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad enfocados principalmente en la etapa prenatal y post natal.

También, una buena relación médico - paciente y una infraestructura confortable para la realización del control prenatal ayudan en la motivación en la gestante, ya que confieren confianza, empatía y seguridad a la misma logrando una mejor adaptación al embarazo. Durante la evaluación clínica es importante realizar una entrevista completa sin limitarse a lo ginecológico si no, también, al aspecto psicológico y emocional de la paciente para el hallazgo de antecedentes, signos y síntomas que pueden proceder al desarrollo de trastornos mentales como la depresión.

El embarazo no planificado es un factor de riesgo para desarrollar depresión durante el periodo prenatal siendo consecuencia de una mala o nula planificación familiar o el uso inadecuado de métodos anticonceptivos. Las mujeres están más vulnerables a situaciones de estrés desencadenadas por la carga económica que el embarazo significa, así como, posibles problemas familiares o con la pareja. La gestante puede experimentar sentimientos negativos hacia sí misma o hacia su bebé, también pueden presentarse sentimientos de rechazo, tristeza y rabia. A la situación de estrés generada por estos eventos se agrega la falta de capacidad que experimenta al no creerse capaz de desarrollar el rol de madre y el abandonar sus metas. A pesar de esto, el embarazo no planificado no desarrolla por sí solo episodios depresivos, si no que va de la mano con otros factores. Sin embargo, es importante mencionar nuevamente la promoción sobre la planificación familiar para que las mujeres sexualmente activas puedan optar por el método más adecuado.

Una de las conductas de riesgo relacionadas con depresión prenatal es el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo como drogas ilegales, alcohol y tabaco. Muchos son los factores que pueden generar pérdida de interés en las gestantes sobre su autocuidado, lo que genera que puedan iniciar o incrementar el consumo de estas sustancias. Según expertos existe una relación significativa entre el uso de sustancias con el desarrollo de cualquier trastorno psiquiátrico. Durante la revisión bibliográfica realizada no se encontró ningún estudio que asocie el consumo con depresión prenatal. Esto lo justifica la dificultad para trabajar con una población de este tipo. A pesar de esto, es importante que el personal de salud dedicado a los cuidados obstétricos indague sobre el consumo de alcohol, drogas o tabaco durante el control prenatal, para dar un abordaje oportuno y evitar complicaciones.

Es importante mencionar que la sociedad puede actuar tanto como factor protector o como factor de riesgo en la salud mental materna. Así, un sistema de salud precario y desinteresado de la etapa prenatal puede traer consecuencias negativas para la salud materno-fetal al crear entornos poco seguros y confortables para la gestante. También el trabajo se podría catalogar como un factor protector ya que la gestante siente el respaldo y la confianza de tener estabilidad económica además de sentirse útil pero si el entorno laboral es hostil, desinteresado y con sobre carga la gestante puede iniciar con síntomas depresivos o agudizar trastornos mentales depresivos ya establecidos

Como se mencionó anteriormente la relación establecida con la pareja juega un papel importante en el desarrollo de depresión durante el periodo gestacional. Se considera como factor de riesgo el no recibir apoyo por parte de la pareja, por violencia intrafamiliar, relaciones inestables e insatisfacción. Es importante tomar en cuenta estos factores ya que tienen un impacto negativo en la salud mental de la madre, en el crecimiento y desarrollo del embarazo, incluso posterior al nacimiento. También los hombres que tienen algún trastorno mental puede influenciar a la pareja. Por esto es importante establecer programas durante el periodo gestacional en los cuales se incluya a la pareja, para que de este se involucre en su rol de paternidad e iniciar a formar un lazo afectivo con la madre y bebé.

La familia tiene también un papel importante como factor de riesgo para esta patología. El mantener una relación disfuncional dentro del núcleo familiar se ha evidenciado que está relacionado de forma significativa con el desarrollo de síntomas depresivos. Principalmente durante el embarazo en adolescentes, la comunicación y relación familiar se ve afectada por ser un embarazo no planificado, por tener que abandonar metas y por no estar preparada para enfrentar el rol de madre. En mujeres embarazadas con relaciones disfuncionales, es

importante detectarlas a tiempo para poder realizar una intervención eficaz y generar un ambiente más agradable para la gestante.

Dentro del mismo contexto, la violencia intrafamiliar es una situación bastante frecuente tanto física como verbal. Estas situaciones generan para la mujer ambientes hostiles, bajo autoestima y sensación de soledad al no encontrar apoyo familiar ni de la pareja. Se ha evidenciado con mayor frecuencia en poblaciones con inequidad de género, donde aún persiste el machismo y el hombre demuestra superioridad, agrediendo a la mujer física, verbal, emocional y sexualmente. Son situaciones que generan un riesgo potencial para el desarrollo del embarazo.

Se menciona que la gestante puede cursar con síntomas depresivos normales por estar pasando por un proceso de duelo debido a alguna pérdida reciente importante, aunque también se debe dilucidar si se trata de un duelo anormal en el cual también existen síntomas depresivos pero estos están asociados a un cuadro mucho más severo. En el caso de la muerte de un recién nacido previo al embarazo actual también puede contribuir al desarrollo de depresión gestacional, debido a que la mujer puede sentirse culpable. El antecedente de pérdidas o separaciones de padres durante la infancia pueden desarrollar trastornos depresivos infantiles, que con el pasar del tiempo, podrían convertirse en una base para el desarrollo de depresión en la etapa adulta y en el caso de una gestante, el tener antecedentes de trastornos depresivos puede poner en riesgo el desarrollo y crecimiento del embarazo.

## CONCLUSIONES

Se puede observar que el conjunto de interacciones de los factores predisponentes tales como sociodemográficos, clínicos y psicosociales son los que determinarán la presentación de la depresión prenatal, dado que un solo factor en específico no será suficiente para desarrollar esta patología, por lo que se afirma que posee una etiología multifactorial, pero que debemos prestar atención en una gestante con dos o más factores de los mencionados, el cual aumentará el riesgo a desarrollar depresión prenatal, por lo que es importante identificar, orientar y dar seguimiento estrecho en el control prenatal, al tener la sospecha, siempre tomando en cuenta el entorno en donde se encuentre.

En relación a los embarazos en adolescentes cada vez son más frecuentes, situándose principalmente en América Latina y el Caribe, observando además que factores sociodemográficos se ven involucrados en la depresión prenatal. Sin embargo, también se encontraron estudios en los cuales se evidencia que la edad avanzada tiene más predisposición a desarrollar esta patología; se evidenció que las gestantes pertenecientes a un grupo étnico minoritario tienen una mayor predisposición, esto asociado a otros factores como apoyo social, económico, autoestima, entre otros. Con base a la literatura consultada, se estableció que las mujeres solteras o que no viven con su pareja presentan con más frecuencia sintomatología depresiva, a pesar de esto también se hace énfasis que el tipo de relación que se mantenga con la pareja juega un papel fundamental. Además, se determinó que un nivel educativo mayor incrementa la protección para presentar depresión prenatal; explicada en que son mujeres que tienen una mayor capacidad de juzgar su propio estado emocional y poder tener un control prenatal adecuado. Finalmente, las gestantes desempleadas o dedicadas al trabajo informal tienen mayor riesgo principalmente por la falta de ingresos, lo que genera preocupación por la calidad de vida que le brindará al futuro bebé.

Por otro lado, las mujeres al presentar cambios hormonales fisiológicos durante el embarazo, pueden presentar síntomas poco específicos, los cuales son más frecuentes durante el segundo y tercer trimestre, es importante mencionar que los factores con mayor importancia encontrados son mujeres con antecedente psiquiátrico las cuales son más predispuestas hasta en un 50% de padecer depresión prenatal y el antecedente de aborto espontáneo o inducido, por lo que una adecuada historia clínica y tamizaje, ayudaran a determinar si cumple con cuadro depresión. Es importante que a mujeres primigestas se



brinde una adecuada orientación psicológica y medica debido a los cambios a los que se enfrentaran, ya que esto puede aumentar la incidencia de depresión, el cual fue identificado en países tanto como primer mundo y tercer mundistas. Entre las herramientas de tamizaje se recomienda mayormente el Test de Edimburgo debido a su simplicidad y fácil interpretación, el cual puede ser aplicado desde la primera consulta prenatal. Es necesario brindar un abordaje multidisciplinario para evitar bajo peso al nacer, parto pre término y complicaciones durante y después del parto, como en el desarrollo emocional del niño tales como déficit de atención o hiperactividad.

Otro aspecto a tomar en cuenta son las circunstancias en las que se desarrolle el embarazo influyen directamente, por lo que una mujer motivada, que desee estar embarazada es un factor protector, pero esto no se presenta en todos los casos, algunas mujeres perciben el embarazo como un retraso en la realización de sus metas, o mujeres que previamente llevan un estilo de vida inadecuado como consumo de sustancias psicoactivas, una mala relación interpersonal, de pareja o familiar, requerirán mayor apoyo emocional de su círculo social, por lo que el abordaje deberá ser dirigido hacia este punto igualmente. Las gestantes que cursan con duelo durante el embarazo son las de mayor riesgo de todos los factores psicológicos, más al ser la pareja la que fallezca, por lo que es importante mantener una estrecha vigilancia para mejorar la autoestima, hábitos alimenticios y relaciones positivas, para evitar complicaciones durante el embarazo y asegurar la salud de ambos.

## RECOMENDACIONES

Con respecto al tamizaje de depresión son distintas las pruebas de tamizaje utilizadas para depresión durante el periodo prenatal, los estudios realizados alrededor del mundo utilizan la que consideren más adecuada para su población, sin embargo, esta variación de pruebas crea una discrepancia entre los resultados de un estudio a otro. Por tanto, se recomienda estandarizar una prueba para realizar el tamizaje de depresión a la mujer gestante y de esta forma evitar variación de los resultados de una investigación a otra. Reforzando así, la veracidad de las estadísticas sobre esta patología en cada país y región del mundo.

Se recomienda incentivar a los profesionales de la salud, investigadores, entidades públicas y privadas el interés sobre la depresión durante el periodo prenatal, actualmente las investigaciones se centran, en su mayoría, en países del continente europeo y asiático. Son pocos los estudios realizados en la región de América del Sur, Centroamérica, el Caribe y América del norte; basándose en los estudios existentes, se han implementado algunas estrategias de prevención en algunos países sin embargo, es importante resaltar, que existe una gran diferencia en la población de países de primer mundo, así como en su contexto, con países del continente americano y el caribe por lo que es importante fomentar la investigación en dicha región para que puedan implementarse estrategias eficaces de prevención, de acuerdo con su población, en más países.

En relación al consumo de sustancias psicoactivas esta descrito, en algunas referencias, como un factor de riesgo para que las gestantes desarrollen depresión durante el periodo prenatal, sin embargo, son muy pocos los estudios que hablan sobre este tema o que hacen una correlación entre estas variables; por lo que, se recomienda realizar investigaciones en relación con este tema, resguardando la salud materno infantil. Por lo que en la presente monografía quedo inconclusa la pregunta: ¿Existe relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y las gestantes con depresión a nivel mundial?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: a review. *Clev Clin J Med* [en línea]. 2020 Mayo [citado 8 Jul 2020]; 87(5): 273-277. Disponible en: <https://www.cajm.org/content/ccjom/87/5/273.full.pdf>
2. Jadresic M. Depresión perinatal: detección y tratamiento. *Rev Med Clin Condes* en línea]. 2014 Sep 25 [citado 15 Feb 2020]; 25(6): 1019-1028. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-depresion-perinatal-deteccion-tratamiento-S0716864014706510>
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [en línea]. Washington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014 [citado 29 Feb 2020]. Disponible en: <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
4. American College of Obstetricians and Gynecologist. Screening for perinatal depression. *Rev Obstet Gynecol* [en línea]. 2018 Nov [citado 15 Feb 2020]; 132(5): 208-12. Disponible en: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co757.pdf?dmc=1&ts=20200212T0503542383>
5. Jiménez Flores TI. Depresión prenatal y su relación con bajo peso al nacimiento, en ginecología y obstetricia del Hospital Isidro Ayora, periodo 2014. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja, Carrera de Medicina Humana; 2015 [citado 6 Feb 2020]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/12281/1/TESIS%20DEPRESION%20PRENATAL%20TATIANA%20JIMENEZ.pdf>
6. Martínez Paredes JF, Jácome Pérez N. Depresión en el embarazo. *Rev Colomb Psiquiat* [en línea]. 2019 [citado 6 Feb 2020]; 48(1): 58-65. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n1/0034-7450-rcp-48-01-58.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales [en línea]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2017 [citado 15 Feb 2020]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
8. Rodríguez Baeza AK, May Novelo LJ, Carrillo Basulto MB, Rosado Alcocer LM. Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud. *Rev Enferm Inst Mex*

- Seguro Soc [en línea]. 2017 Mayo 15 [citado 15 Feb 2020]; 25(3): 181-188. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173e.pdf>
9. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell LA, Ramin S, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* [en línea]. 2009 Sep [citado 15 Feb 2020]; 114(3): 703-713. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3103063/pdf/nihms293836.pdf>
  10. Lartigue T, Maldonado Duran JM, González Pacheco I, Saucedo García JM. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum* [en línea]. 2008 Mar 10 [citado 15 Feb 2020]; 22(2): 111-131. Disponible en: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Depresionenlaetapaperinatal.pdf>
  11. Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Rev Colomb Psiquiat* [en línea]. 2017 Nov 11 [citado 23 Feb 2020]; 48(3): 166-173. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v48n3/v48n3a06.pdf>
  12. Osma-Zambrano SE, Lozano-Osma MD, Mojica-Perilla M, Redondo-Rodríguez S. Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB* [en línea]. 2019 Jul 31 [citado 11 de febrero de 2020]; 22(2): 171-185. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3586/3122>
  13. Schaffir J. Consequences of antepartum depression. *Clin Obstet Gynecol* [en línea]. 2018 Sep [citado 6 Mayo 2020]; 61(3): 533-543. Disponible en: <https://dl.uswr.ac.ir/bitstream/Hannan/48199/1/COG%202018%20Volume%2062%20Issue%203%20September%20%2817%29.pdf>
  14. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* [en línea]. 2011 Nov 24 [citado 15 Feb 2020]; 90: 139-149. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3302553/pdf/BLT.11.091850.pdf>
  15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Policy priorities: perinatal depression [en línea]. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2020 [citado 15 Feb 2020]. Disponible en: [https://www.acog.org/advocacy/policy-priorities/perinatal-depression?fbclid=IwAR3Zhlu1GuNjhe\\_MSaO2hDhrUXID6wHxY8fR2Vo4oQvDlpXyIUD008NqJ4E](https://www.acog.org/advocacy/policy-priorities/perinatal-depression?fbclid=IwAR3Zhlu1GuNjhe_MSaO2hDhrUXID6wHxY8fR2Vo4oQvDlpXyIUD008NqJ4E)

16. United Nations. World fertility report 2015 [en línea]. Nueva York: United Nations; 2017 [citado 13 Jul 2020]. Disponible en: [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Feb/un\\_2015\\_worldfertilityreport\\_highlights.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Feb/un_2015_worldfertilityreport_highlights.pdf)
17. United Nations. Global perspectives on unplanned pregnancies [en línea]. Nueva York: United Nations; 2015 [citado 13 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/WorldContraceptionDay.pdf>
18. Organización Panamericana de la Salud. Acelerar el proceso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia [en línea]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2016 [citado 13 Jul 2020]. Disponible en: [https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL\\_5.PDF](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL_5.PDF)
19. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann* [en línea]. 2014 Sep [citado 13 Jul 2020]; 45(3): 301-314. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727534/pdf/nihms708229.pdf>
20. Getinet W, Amare T, Boru B, Shumet S, Worku W, Azale T. Prevalence and risk factors for antenatal depression in Ethiopia: systematic review. *Depression Research Treatment* [en línea]. 2018 Jul 9 [citado 25 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6077581/pdf/DRT2018-3649269.pdf>
21. Castrejon L, Suggery W, Sil Jaimes AP, Villalobos Herrera JE, Santamaría Benhumea AM, Díaz Mantiel JC, et al. Depresión en embarazo: empleo y nivel educativo como factor de riesgo. *Rev Esc Med Dr J Sierra* [en línea]. 2015 Oct 2 [citado 25 Feb 2020]; 29 (2): 65-70. Disponible en: <http://comeoc.org/PUBLICACIONES/depresion-postparto.pdf>
22. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders* [en línea]. 2016 Feb [citado 25 Mayo 2020]; 191: 62-77. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0165032715302330?token=75E82B48131CB5EE0210BA8A488EE7E984E0EF4BF1CC314824FE60717C1F2E88AF912CBB01455CD43FCBFAA5AC0E6F9E>
23. Campos Cabos LM. Factores sociodemográficos y psicosociales asociados a depresión perinatal en gestantes. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2017 Feb [citado 25 Jul 2020]. Disponible en:

[http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2605/1/RE\\_MED.HUMA\\_LUIS.CAMPOS\\_FAC\\_TORES.SOCIODEMOGRAFICOS\\_DATOS.PDF](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2605/1/RE_MED.HUMA_LUIS.CAMPOS_FAC_TORES.SOCIODEMOGRAFICOS_DATOS.PDF)

24. Khanlari S, Eastwood J, Bernett B, Naz S, Akpojene Ogbo F. Psychosocial and obstetric determinants of women signalling distress during Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) screening in Sydney. *BMC Pregnancy Childbirth* [en línea]. 2019 [citado 15 Feb 2020]; 19(407): 1-14. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6836342/pdf/12884\\_2019\\_Article\\_2565.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6836342/pdf/12884_2019_Article_2565.pdf)
25. Gebremichael G, Yihune M, Ajema D, Haftu D, Gedamu G. Perinatal depression and associated factors among mothers in southern Ethiopia: evidence from Arba Minch Zuria health and demographic Surveillance site. *Psychiatry Journal* [en línea]. 2018 Mar 15 [citado 5 Abr 2020]. 1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5954952/pdf/PSYCHIATRY2018-7930684.pdf>
26. Fiel T. Prenatal depression risk factors, developmental effects and intervention a review. *J Pregnancy child health* [en línea]. 2017 Jul 10 [citado 5 Abr 2020]; 4(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5502770/pdf/nihms866502.pdf>
27. Recto P, Dimmitt Champion J. Psychosocial risk factors for perinatal depression among female adolescents: a systematic review. *Issues Ment Health Nurs* [en línea]. 2017 Jun 26 [citado 5 Abr 2020]; 38(8): 633-642. doi: [10.1080/01612840.2017.1330908](https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1330908)
28. Robertson Blackmore E, Chaudron L. Psychosocial and cultural considerations in detecting and treating depression in latin perinatal women in the United States [en línea]. En Lara Cinisomo S, Wisner KL. *Perinatal depression among spanish-speaking and latin american women*. Nueva York. Springer Science; 2013. p. 83-96. [citado 2 Jun 2020]. doi: [10.1007/978-1-4614-8045-7\\_6](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8045-7_6)
29. Carter EA, Bond MJ, Wickham RE, Barrera AZ. Perinatal depression among a global sample of spanish-speaking of women: a sequential-process latent growth-curve análisis. *J Affect Disord* [en línea]. 2019 Ene [citado 23 Jul 2020]; 243(15): 145-152. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6207183/pdf/nihms-1507690.pdf>
30. Fellmeth G, Fazel M, Plugge E. Migration and perinatal mental health in women from low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Obstet* [en línea]. 2016 Jun 20 [citado 23 Mayo 2020]; 2017(124): 742-752. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14184>

31. Xian T, Zhuo L, Dihui H, Xiaoni Z. Influencing factors for prenatal stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *J Affect Disord* [en línea]. 2019 Jun 15 [citado 23 Feb 2020]; 253: 292-302. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.003>
32. Candidate JC, Plummer V, Qin C, Cross W, Lam L, Sun M, et al. The risk factors of antenatal depression: a cross-sectional survey. *J Clin Nurs* [en línea]. 2019 Jun 4 [citado 23 Feb 2020]; 00: 0-11. doi:[10.1111/jocn.14955](https://doi.org/10.1111/jocn.14955)
33. Guerra AM, Dávalos Pérez DM, Castillo Martínez A. Detección de síntomas depresivos en mujeres gestantes de alta complejidad obstétrica y factores correlacionados. *Rev Colomb Psiquiat* [en línea]. 2017 Oct 17 [citado 23 Jun 2020]; 46(4): 215-221. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745016300853>
34. Hu Y, Wang Y, Wen S, Guo X, Xu L, Chen B, et al. Association between social and family support and antenatal depression: a hospital-based study in Chengdu, China. *BMC Pregnancy Childbirth* [en línea]. 2019 [citado 5 Abr 2020]; 19(420): 1-10. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6862749/pdf/12884\\_2019\\_Article\\_2510.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6862749/pdf/12884_2019_Article_2510.pdf)
35. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens Health* [en línea]. 2011 [citado 5 Abr 2020]; 11(22). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3117808/pdf/1472-6874-11-22.pdf>
36. Krauss Pereira P, Lovisi GM, Abelha Lima L, Fortes Legay L, Fernandez de Cintra Santos J, Agadir Santos S, et al. Depression during pregnancy: review of epidemiological and clinical aspects in developed and developing countries. *Psychiatric Disorders-Trends and Developments* [en línea]. 2011 Oct 26 [citado 24 Jul 2020]; 267-290. Disponible en: <https://www.intechopen.com/books/psychiatric-disorders-trends-and-developments/depression-during-pregnancy-review-of-epidemiological-and-clinical-aspects-in-developed-and-developi>
37. Martínez Lanz P, Romano Waysel K. Depresión en adolescentes embarazadas. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología* [en línea]. 2009 Dic 2 [citado 25 Feb 2020]; 14(2): 261-274. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29211992004.pdf>
38. Mercado Huachupoma YD, Paccori Yanac LV. Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. [tesis Licenciatura en Obstetricia en línea]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2012. [citado 25 Jun 2020]. Disponible en:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2977/Mercado\\_hy.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2977/Mercado_hy.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

39. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Análisis de información de salud mental enero a diciembre 2015 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2015 [citado 11 Mayo 2020]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Salas%20Situacionales/Analisis%20Salud%20Mental%20%202015.pdf>
40. Marchesi C, Bertoni Silvia, Maggini Carlo. Major and minor depression in pregnancy. *Obstet Gynecol* [en línea]. 2009 Jun [citado 6 Jun 2020]; 113: 1292-1298. Disponible en: [https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2009/06000/Major\\_and\\_Minor\\_Depression\\_in\\_Pregnancy.15.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2009/06000/Major_and_Minor_Depression_in_Pregnancy.15.aspx)
41. Shakeel N, Eberhard Gran M, Sletner L, Slinning K, Egil W, Martinsen I. A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy Childbirth* [en línea]. 2015 [citado 6 Jun 2020]; 15(5): 1-11. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-014-0420-0>
42. Rwakarema M, Shahirose SP, Charles Nyanza E, Rizki P, Palacios L. Antenatal depression is associated with pregnancy – related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: a cross- sectional study. *BMC Womens Health* [en línea]. 2015 Ene 24 [citado 6 Jun 2020]; 15(68). Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12905-015-0225-y>
43. Yazici E, Sati Kirkan T, Akcali Aslan P, Aydin N, Bulent Yazici A. Untreated depression in the first trimester of pregnancy leads to postpartum depression: high rates from a natural follow-up study. *Neuropsychiatr Dis Treat* [en línea]. 2015 Feb 19 [citado 6 Jun 2020]; 11(405): 405-4011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344179/pdf/ndt-11-405.pdf>
44. Akpojene Ogo F, Eastwood J, Hendry A, Jalaludin B, Agho KE, Barnett B, Page A. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC psychiatry* [en línea]. 2018 [citado 12 Jul 2020]; 18(49): 1-11. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12888-018-1598-x.pdf>
45. Redinger S, Norris S, Person R, Richter L, Rochat T. First trimester antenatal depression and anxiety: prevalence and associated factors in an urban population in Soweto, South Africa. *J Dev Orig Hlth Dis* [en línea]. 2017 Sep 7 [citado 12 Jul 2020]; 9(1): 30-40. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-developmental-origins-of-health-and->



[disease/article/first-trimester-antenatal-depression-and-anxiety-prevalence-and-associated-factors-in-an-urban-population-in-soweto-south-africa/DA6A30FBF27EBA7585C3A75CC3238028](https://doi.org/10.1007/s11920-018-0937-4)

46. Oquedendo M, Lartigue T, González Pacheco I, Méndez S. Validez y seguridad de la escala de depresión perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum* [en línea]. 2008 Mayo [citado 15 Mayo 2020]; 22 (3): 195-202. Disponible en: <http://inper.mx/descargas/pdf/ValidezyseseguridaddelaescaladedepresionperinataldeE.pdf>
47. Morales de León IP. Depresión en pacientes de control prenatal. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1988.
48. Gómez Aldana MM. Síntomas depresivos durante el embarazo. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1998.
49. Organización Panamericana de la Salud. Día mundial de la salud mental: la depresión, una crisis global [en línea]. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud; 2012 Oct 9 [citado 25 Jun 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_content&view=article&id=610:dia-mundial-de-salud-mental-depresion-una-crisis-global&Itemid=405](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=610:dia-mundial-de-salud-mental-depresion-una-crisis-global&Itemid=405)
50. España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto [en línea]. España: MSSSI; 2014 [citado 29 Feb 2020]. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
51. España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia: actualización [en línea]. España: MSSSI; 2018 [citado 27 Mar 2020]. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_575\\_Depresion\\_infancia\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf)
52. Subdirección General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias Sanitarias. Guía práctica clínica de los trastornos depresivos. Murcia: Subdirección General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias Sanitarias; 2010 [citado 25 Mayo 2020]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
53. McEvoy K, Payne JL, Osborne LM. Neuroactive steroids and perinatal depression: a review of recent literature. *Curr Psychiatry Rep* [en línea]. 2018 Ago 9 [citado 24 Feb 2020]; 20: 78. doi: [10.1007/s11920-018-0937-4](https://doi.org/10.1007/s11920-018-0937-4)

54. Wedel Herrera K. Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Revista Médica Sinergia* [en línea]. 2018 Ene [citado 24 Mayo 2020]; 3(1): 3-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms181a.pdf>
55. Leff Gelman P, Flores Ramos M, Lopez Martínez M, Cruz Fuentes C, Reyes Tejeda JP. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function during perinatal depression. *Neurosci Bull* [en línea]. 2015 Ene 1 [citado 24 Jun 2020]; 31(3): 338-350. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5563683/pdf/12264\\_2014\\_Article\\_1508.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5563683/pdf/12264_2014_Article_1508.pdf)
56. Osborne S, Biaggi A, Chua TE, Perez AD, Hazelgrove K, Nikkheslat N, et al. Antenatal depression programs cortisol stress reactivity in offspring through increased maternal inflammation and cortisol in pregnancy: the psychiatry research and motherhood–depression (PRAM-D) study. *Psychoneuroendocrinology* [en línea]. 2018 Dic [citado 1 Jun 2020]; 98: 211-221. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0306453017316311?token=5391AD46369A4E34C93FD374BA9F2AA9A692B3EC7E4A68B2EF5DEE6C4CA8480EDF510F8F9ED6E41059C6329AE4440A57>
57. King L, Robins S, Chen G, Yerko V, Zhou Y, Nagy C, et al. Perinatal depression and DNA methylation of oxytocin-related genes: a study of mothers and their children. *Horm Behav* [en línea]. 2017 Nov [citado 24 Feb 2020]; 96: 84-94. doi:[10.1016/j.yhbeh.2017.09.006](https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2017.09.006)
58. Braithwaite EC, Ramchandani PG, Lane TA, Murphy SE. Symptoms of prenatal depression are associated with raised salivary alpha-amylase levels. *Psychoneuroendocrinology* [en línea]. 2015 Jun 17 [citado 24 Feb 2020]; 60: 163-172. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/279736788\\_Symptoms\\_of\\_prenatal\\_depression\\_are\\_associated\\_with\\_raised\\_salivary\\_alpha-amylase\\_levels](https://www.researchgate.net/publication/279736788_Symptoms_of_prenatal_depression_are_associated_with_raised_salivary_alpha-amylase_levels)
59. Pedersen C, Leserman J, Garcia N, Stansbury M, Meltzer Brody S, Johnson J. Late pregnancy thyroid-binding globulin predicts perinatal depression. *Psychoneuroendocrinology* [en línea]. 2016 Mar [citado 24 Feb 2020]; 65: 84-93. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752891/pdf/nihms-747957.pdf>
60. Aghajafari F, Letourneau N, Mahinpey N, Cosic N, Giesbrecht G. Vitamin D deficiency and antenatal and postpartum depression: a systematic review. *Nutrients* [en línea]. 2018 Abr 12 [citado 1 Jun 2020]; 10(478): 1-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5946263/pdf/nutrients-10-00478.pdf>

61. Habtamu Belete A, Alemayehu Assega M, Alemu Abajobir A, Abebe Belay, Kassahun Tariku M. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Aneded Woreda, North West Ethiopia: a community based cross-sectional study. *BMC Res Notes* [en línea]. 2019 [citado 5 Abr 2020]; 12(713). Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6822359/pdf/13104\\_2019\\_Article\\_4717.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6822359/pdf/13104_2019_Article_4717.pdf)
62. Hu Y, Wang Y, Wen S, Guo X, Xu L, Chen B, et al. Association between social and family support and antenatal depression: a hospital-based study in Chengdu, China. *BMC Pregnancy Childbirth* [en línea]. 2019 [citado 5 Abr 2020]; 19 (420). Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6862749/pdf/12884\\_2019\\_Article\\_2510.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6862749/pdf/12884_2019_Article_2510.pdf)
63. Gelaye B, Randon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry* [en línea]. 2016 Sep 17 [citado 5 Abr 2020]; 3(10): 973-982. doi: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)
64. Viktorin A, Meltzer S, Kuja-Halkola R, Sullivan PF, Landen M, Lichtenstein, et al. Heritability of perinatal depression and genetic overlap with non perinatal depression. *Am J Psychiatry* [en línea]. 2016 Mayo 1 [citado 5 Abr 2020]; 173(2):158-165. doi: [10.1176/appi.ajp.2015.1501008g](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.1501008g)
65. Patton GC, Romaniuk H, Spry E, Coffey C, Olsson C, Doyle LW, et al. Prediction of perinatal depression from adolescence and before conception (VIHCS): 20-year prospective cohort study. *Lancet* [en línea]. 2015 Sep 4 [citado 25 Feb 2020]; 386: 875-883. doi: [10.1016/S0140-6736\(14\)62248-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62248-0)
66. Paule Austin M, Priest SR, Sullivan EA. Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database Syst Rev* [en línea]. 2008 Oct 8 [citado 24 Jul 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005124.pub2/full>
67. Kaiyo Utete M, Dambi JM, Chingono A, Mazhandu FSM, Madziro Ruwizhu, Henderson C, et al. Antenatal depression: an examination of prevalence and its associated factors among pregnant women attending harare polyclinics. *BMC Pregnancy Childbirth* [en línea]. 2020 [citado 25 Jun 2020]; 20(197). Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7137411/pdf/12884\\_2020\\_Article\\_2887.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7137411/pdf/12884_2020_Article_2887.pdf)
68. Delgado Quiñonez EG, Lopez Trejo LA, Mariscal Rivera CE, Hernández Rivera LN. Prevalencia de depresión en embarazadas en primer nivel de atención de la unidad de medicina familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med* [en línea]. 2015 Mayo 4 [citado 25 Mayo

- 2020]; 6(4): 238-241. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md154d.pdf>
69. Zhu QY, Huang DS, LV JD, Guan P, Bai XH. Prevalence of perinatal depression among HIV-positive women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* [en línea]. 2019 Oct 30 [citado 25 Feb 2020]; 330(19): 2-12. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6822469/pdf/12888\\_2019\\_Article\\_2321.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6822469/pdf/12888_2019_Article_2321.pdf)
70. San Lazaro Campillo I, Meaney S, McNamara K, O'Donoghue K. Psychological and support interventions to reduce levels of stress, anxiety or depression on women's subsequent pregnancy with a history of miscarriage: an empty systematic review. *BMJ Open* [en línea]. 2017 Jul 31 [citado 25 Feb 2020]; 2017(7): 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5595175/pdf/bmjopen-2017-017802.pdf>
71. Di Florio A, Jones L, Forty L, Gordon-Smith K, Blackmore ER, Heron J, et al. Mood disorders and parity – a clue to the aetiology of the postpartum trigger. *J Affect Disord* [en línea]. 2014 Ene [citado 25 Mayo 2020]; 152-154(100): 334-339. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4025607/>
72. Dennis CL, Dowswell T. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev* [en línea]. 2013 Ene [citado 25 Jul 2020]; 2013(7): 21-43. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006795.pub3/epdf/full>
73. Haghparast E, Faramarzi M, Hassanzadeh R. Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history. *Pak J Med Sci* [en línea]. 2016 [citado 25 Mayo 2020]; 32(5): 1097-1101. doi: [10.12669/pjms.325.10909](https://doi.org/10.12669/pjms.325.10909)
74. Ajinkya S, Jadhav P, Srivastava N. Depression during pregnancy: prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. *Ind Psychiatry J* [en línea]. 2013 [citado 25 Feb 2020]; 22(1): 37-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3895310/?report=printable>
75. Zegeye A, Alebel A, Gebrie A, Tesfaye B, Abebe Belay Y, Adane F, et al. Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in Ethiopia: a systematic review and metaanalysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [en línea]. 2018 [citado 25 Feb 2020]; 18(462). Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6264030/pdf/12884\\_2018\\_Article\\_2101.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6264030/pdf/12884_2018_Article_2101.pdf)

76. Gong X, Hao J, Tao F, Zhang J, Wang H, Xu R. Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [en línea]. 2012 Sep 30 [citado 16 Jul 2020]; 166: 30-36. Disponible en: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(12\)00447-2/pdf](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(12)00447-2/pdf)
77. Robertson Blackmore E, Cote-Arsenault D, Tang W, Glover V, Evans J, Golding J, et al. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry* [en línea]. 2011 Mayo [citado 16 Jul 2020]; 198(5): 373-378. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3084335/>
78. Aznar J, Cerda G. Aborto y salud mental de la mujer. *Acta Bioethica* [en línea]. 2013 Ago 2 [citado 16 de Jul de 2020]; 20: 189-195. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v20n2/art06.pdf>
79. Palacios CA, Yepes LE. Trastornos depresivos. En: Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J, editores. *Fundamentos de Medicina Psiquiatría*. 5 ed. Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010: p. 168-188.
80. Lakkisa NA, Mahmassania DM. Screening instruments for depression in primary care: a concise review for clinicians. *Postgrad Med* [en línea]. 2015 Dic [citado 16 Jun 2020]; 127(1): 99–106. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00325481.2015.992721>
81. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry* [en línea]. 1987 [citado 05 Mayo 2020]; 150: 782-786. Disponible en: [http://med.stanford.edu/content/dam/sm/ppc/documents/DBP/EDPS\\_text\\_added.pdf](http://med.stanford.edu/content/dam/sm/ppc/documents/DBP/EDPS_text_added.pdf)
82. Rodríguez Muñoz MF, Castelao Legazpi PC, Olivares C, Soto Balbuena C, Izquierdo Méndez N, Ferrer Barrientos FJ, et al. PHQ-2 como primer instrumento de cribado de la depresión prenatal. *Rev Esp Salud Pública* [en línea]. 2017 Ene [citado 16 Jun 2020]; 2017(91): 1-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/170/17049838006.pdf>
83. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincon P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Rev MEd Chile* [en línea]. 2019 Ene 8 [citado 05 Mayo 2020]; 147: 53-60. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v147n1/0717-6163-rmc-147-01-0053.pdf>
84. Brodey BB, Goodman SH, Baldasaro RE, Brooks-DeWeese A, Wilson ME, Brodey IS, et al. Development of the Perinatal Depression Inventory (PDI)-14 using item response theory: a comparison of the BDI-II, EPDS, PDI, and PHQ-9. *Arch Womens Ment Health* [en línea]. 2015

- [citado 05 Mayo 2020]. 19(2): 307-316. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26271280>
85. Nájera MR, Rodríguez Muñoz MF, Izquierdo Méndez N, Olivares Crespo ME, Soto C. Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud* [en línea]. 2017 Jul [citado 26 Mayo 2020]; 28(2): 49-52. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742017000200049](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742017000200049)
86. Krauskopf V, Valenzuelac P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Rev Med Clin Condes* [en línea]. 2020 Abr [citado 16 Jun 2020]; 31(2) 139-149. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300183>
87. Wu Y, Chiao Lu Y, Jacobs M, Pradhan S, Kaspé K, Zhao L, et al. Association of prenatal maternal psychological distress with fetal brain growth, metabolism, and cortical maturation. *JAMA Network Open* [en línea]. 2020 Ene 3 [citado 10 Jul 2020]; 3 (1): 1-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31995213/>
88. Vehmeijer FO, Guxens M, Duijts L, Marroun H. Maternal psychological distress during pregnancy and childhood health outcomes: a narrative review. *J Dev Orig Hlth Dis* [en línea]. 2018 Jun [citado 10 Jul 2020]; 10(3): 274-285. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30378522/>
89. Wen DJ, Poh JS, Ni SN, Chong YS, Chen H, Kwek K, et al. Influences of prenatal and postnatal maternal depression on amygdala volume and microstructure in young children. *Transl psychiatry* [en línea]. 2017 Abr 25 [citado 11 Jul 2020]; 7(4): 1-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28440816/>
90. Lotero H, Villa I, Torrez L. Afectividad y apoyo social percibida en mujeres gestantes: un análisis comparativo. *Rev Colomb Psicol* [en línea]. 2018 Jul [citado 10 Jul 2020]; 2(27): 85-110. doi: [10.15446/rcp.v27n2.65584](https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584)
91. Aguilera S, Soothill P. Control prenatal. *Rev Med Clin Condes* [en línea]. 2014 Sep [citado 16 Mayo 2020]; 25(6): 880-886. Disponible en: [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/06-aguilera.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/06-aguilera.pdf)
92. Burguera C. Depresión materna y complicaciones biopsicosociales del niño. [tesis de Grado de Enfermería]. España: Universitat de les Illes Balears, Facultad de Enfermería y Fisioterapia; 2017. [citado 16 Mayo 2020]. Disponible en

[https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/147856/Burguera\\_Campillo\\_Clara.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/147856/Burguera_Campillo_Clara.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

93. Gobierno de Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y post parto y apoyo al tratamiento [en línea]. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública, Gobierno de Chile; 2014 Mar [citado 16 Mayo 2020]. Disponible en <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
94. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Norma técnica de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Quito: Ministerio de Salud Pública de Ecuador; 2014 [citado 23 Jul 2020]. Disponible en: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seguimiento/722/PROPUESTA%20NORMA%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL%20-%204.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/722/PROPUESTA%20NORMA%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL%20-%204.pdf)
95. Rondón MB. Salud mental y aborto terapéutico. An Fac med [en línea]. 2015 [citado 23 Jul 2020]; 76(4): 407-11. Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n4/a12v76n4.pdf>
96. Diaz M, Amato R, Chávez JG, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Carabobo [en línea]. 2013 Ago 2 [citado 23 Jul 2020]; 17(2): 25-30. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375933973006.pdf>
97. Vilella E. Factores genéticos relevantes en la salud mental perinatal. Psicodom Psiquiatr [en línea]. 2017 Jun [citado 14 Mayo 2020]; 1(1): 83-84. Disponible en: [https://psicosomaticaypsiquiatria.com/wpcontent/uploads/2017/06/psicosom\\_psiquiatr\\_201711\\_81-100.pdf](https://psicosomaticaypsiquiatria.com/wpcontent/uploads/2017/06/psicosom_psiquiatr_201711_81-100.pdf)
98. Moreno Ricard VE, Sampayo Hernández IC, Guerra Castellanos L. La estimulación de la comunicación en la etapa gestacional. Rev Hum Med [en línea]. 2018 Ago [citado 11 Jul 2020]; 18(2): 356-369. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202018000200356&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000200356&lng=es)
99. Belanga Fernandez S, Perez Cañaveras RM, Vizcaya Moreno MF, Berlanga Fernandez F. Satisfacción en la provisión de redes de apoyo social en grupos de acompañamiento a la maternidad. Enferm Global [en línea]. 2014 Ene [citado 11 Jul 2020]; 33(13): 18-32. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100002)



100. Agudelo S, Gonzales L, Velez G, Gomez J, Gomez R. Análisis de las relaciones sociales durante el embarazo en una mujer con y sin morbilidad materna extrema. Rev. Gerene Polit Salud [en línea]. 2016 Feb [citado 15 Jun 2020]; 15 (30): 160-165. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n30/v15n30a12.pdf>
101. Guarino L, Scremín F, Borrás S. Nivel de información y apoyo social como predictoras de la salud y calidad de vida durante el embarazo. Psychol Av Discip [en línea]. 2013 Jun [citado 15 Jun 2020]; 7(1): 13-21. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297226904007>
102. Consejo de Salubridad General de México. Prevención diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primero y segundo nivel de atención [en línea]. México: Consejo de Salubridad General de México; 2014 [citado 15 Mayo 2020]. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR\\_INTEGRACION\\_DPP\\_DEFINITIVA.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf)
103. Blossiers C. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: un estudio cualitativo. Rev Perú Med Exp Salud Publica [en línea]. 2010 Jul [citado 11 Jul 2020]; 27(3): 337-344. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342010000300005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342010000300005&lng=es).
104. Solís M, Salazar E, Reyes V. Depresión en gestante y el apoyo de la pareja. Rev Peru Investig Matern Perinat [en línea]. 2018 Dic [citado 18 Jun 2020]; 7(2):16-20. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/113/117>
105. Pilca Pilca VE. Depresión en el embarazo y su relación con la disfunción familiar en mujeres que acuden al centro de salud en Chimbacalle en el período de marzo a agosto de 2016. [tesis Medicina Familiar y Comunitaria en línea]. Quito: Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas; 2017. [citado 23 Jul 2020]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10366/1/T-UCE-0006-033.pdf>.
106. Trejo H, Perez J, Medina M, Briones C, Meneses C. Depresión en adolescentes embarazadas que acuden a un hospital perinatal. Rev Mex Pediatr [en línea]. 2009 [citado 20 Jun 2020]; 76(1): 9-12. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/6d54/1e92ddbd46ec3c1de8c0258faf62051aca00.pdf>
107. Diaz E, Rodriguez M, Gonzales C, Espindola J, Meza P, Zarate T. Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. Perinatol Reprod Hum [en línea]. 2006 Jun 19 [citado 20 Jun 2020]; 20: 80-90. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2006/ip064e.pdf>



108. Urrutia Luengo AA. Violencia contra la mujer por parte de su pareja durante el embarazo: comparación de instrumento de pesquisa en atención primaria de salud. [tesis Magister en Salud Sexual y Reproductiva en línea]. Chile: Universidad de Concepción, Facultad de Medicina-Magíster en Salud Sexual y Reproductiva; 2016. [citado 23 Jul 2020]. Disponible en: [http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/2095/3/Tesis\\_Violencia\\_Contra\\_la\\_Mujer\\_por\\_parte\\_de\\_su\\_pareja.Image.Marked.pdf](http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/2095/3/Tesis_Violencia_Contra_la_Mujer_por_parte_de_su_pareja.Image.Marked.pdf)
109. García A. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. Rev Asoc Esp Neuropsiq [en línea]. 2011 Jul 15 [citado 20 Jun 2020]; 31(109): 53-70. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n1/05.pdf>

## ANEXOS

**Anexo 1.** Matriz consolidativa del tipo de artículos utilizados según nivel de evidencia y tipo de estudio.

Tabla 1 Matriz del tipo de artículos utilizados según el nivel de evidencia y tipo de estudio

NIVEL DE EVIDENCIA	TIPO	TERMINO UTILIZADO	NÚMERO DE ARTICULOS
-	Todos los artículos	---	99
1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados	<p>“Perinatal depression” “Antenatal depression”                      “Prenatal depression” [MeSH]                      “Depresión perinatal” “Depresión prenatal” [DeCS]                      “Depresión prenatal” AND “Epidemiología” [DeCS]                      “Perinatal depression” AND “Epidemiology” [MeSH]                      “Pathophysiology” [MeSH]                      “Factores clínicos” “Factores obstétricos” [DeCS]                      “Obstetrics Factors” [MeSH]                      “Screening” [MeSH]</p> <p>“Pregnancy” AND “Statistics” [MeSH]                      “Embarazo” AND “Prevalencia” [DeCS]                      “Perinatal depression” “Antenatal depression”                      “Prenatal depression” AND “sociodemographic factors” [MeSH]                      “Depresión perinatal” AND “factores sociodemográficos” [DeCS]</p> <p>“motivación” AND “embarazo” [DeCS]                      “Perinatal depression” AND “psychosocial factors” [MeSH]                      “Antenatal depression” AND “relationship” [MeSH]</p>	34
1b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho	<p>“Perinatal depression” “Antenatal depression” [MeSH]                      “Factores clínicos” “Factores obstétricos” [DeCS]                      “Obstetrics Factors” [MeSH]                      “Complicaciones” AND “Depresión prenatal” [DeCS]                      “Complications” AND “Perinatal depression” [MeSH]                      “Diagnsitco” AND “Depresión preantal” “relationship” [MeSH]</p> <p>“motivación” AND “embarazo” [DeCS]                      “Perinatal depression” AND “psychosocial factors” [MeSH]                      “Antenatal depression” AND “relationship” [MeSH]</p>	23
1c	Práctica clínica	<p>“Perinatal depression” “Antenatal depression”                      “Prenatal depression” AND “sociodemographic factors” [MeSH]</p>	7
2a	revisión sistemática de estudios de cohorte	<p>“Perinatal depression” AND “Epidemiology” [MeSH]                      “Pathophysiology” [MeSH]                      “Factores clínicos” “Factores obstétricos” [DeCS]                      “Complicaciones” AND “Depresión prenatal” [DeCS]                      “Complications” AND “Perinatal depression” [MeSH]</p>	6
2c	Estudios ecológicos	<p>“Pregnancy” AND “Statistics” [MeSH]</p>	11

		<p>“Embarazo” AND “Prevalencia” [DeCS]</p> <p>“motivación” AND “embarazo” [DeCS]</p> <p>“Perinatal depression” AND “psychosocial factors” [MeSH]</p>	
<b>3b</b>	Estudio de caso-control	<p>“Perinatal depression” AND “psychosocial factors” [MeSH]</p> <p>“Antenatal depression” AND “relationship” [MeSH]</p>	6
<b>4</b>	Serie de casos o estudios de cohorte y caso-control de baja calidad	<p>“Perinatal depression” “Antenatal depression” [DeCS]</p> <p>“Screening” AND “Perinatal depression” [MeSH]</p>	4
<b>5</b>	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita	<p>“Perinatal depression” “Antenatal depression”</p> <p>“Prenatal depression” AND “sociodemographic factors” [MeSH]</p> <p>“Depresión perinatal” AND “factores sociodemográficos” [DeCS]</p>	8

**Fuente: Elaboración propia**

**Anexo 2.** Matriz consolidativa de literatura gris utilizada.

Tabla 2 Matriz Consolidativa de literatura gris utilizada

TEMA DEL LIBRO	ACCESO	LOCALIZACIÓN (EN LÍNEA)	NUMERO DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.	Asociación Americana de Psiquiatría	<a href="http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf">http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf</a>	1
Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales	Organización Panamericana de la Salud	<a href="http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHO_NMH17005-spa.pdf">http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHO_NMH17005-spa.pdf</a>	1
World Fertility Report 2015	Organización de las Naciones Unidas	<a href="https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/document_s/2020/Feb/un_2015_worldfertility_report_highlights.pdf">https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/document_s/2020/Feb/un_2015_worldfertility_report_highlights.pdf</a>	1
Global perspectives on unplanned pregnancies	Organización de las Naciones Unidas	<a href="https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/WorldContraceptionDay.pdf">https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/WorldContraceptionDay.pdf</a>	1
Acelerar el proceso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia.	Organización de las Naciones Unidas	<a href="https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL_5.PDF">https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC-14febrero%20FINAL_5.PDF</a>	1
Análisis de información de Salud Mental Enero a diciembre 2015.	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala	<a href="http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Salas%20Situacionales/Analisis%20Salud%20Mental%20%202015.pdf">http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Salas%20Situacionales/Analisis%20Salud%20Mental%20%202015.pdf</a>	1
Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto.	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España	<a href="https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf">https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf</a>	1
Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y post parto y apoyo al tratamiento; 2014	Gobierno de Chile. Subsecretaría de Salud Pública	<a href="https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf">https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf</a>	1
Norma Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal.	Ministerio de Salud Pública de Ecuador	<a href="https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/722/PROPUESTA%20NORMA%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL%20-%204.pdf">https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/722/PROPUESTA%20NORMA%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL%20-%204.pdf</a>	1

Prevencción Diagnostico y manejo de la Depresión Prenatal y Postparto en el Primero y Segundo nivel de atención	México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	<a href="http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf">http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf</a>	1
---	--	---	---

**Fuente: Elaboración propia**

**Anexo 3.** Matriz consolidativa de datos de buscadores, descriptores y operadores lógicos utilizados

Tabla 3 Matriz de datos de buscadores y términos utilizados

BUSCADORES	TÉRMINOS UTILIZADOS Y OPERADORES LÓGICOS	
	ESPAÑOL	INGLES
<b>Google Scholar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Depresión</li> <li>-Depresión perinatal</li> <li>-Depresión prenatal</li> <li>-Embarazo</li> <li>-Tasas de fertilidad AND mundial</li> <li>-Depresión prenatal AND prevalencia</li> <li>-Depresión perinatal AND Diagnóstico</li> <li>-Embarazo AND Adolescencia</li> <li>-Depresión en el embarazo AND educación</li> <li>-Depresión perinatal AND factores sociodemográficos</li> <li>-Depresión perinatal AND Factores psicosociales</li> <li>-Síntomas depresivos AND gestantes</li> <li>-Manejo de la depresión en adulto</li> <li>-Depresión AND adolescencia</li> <li>-Depresión gestacional</li> <li>-Salud mental en Guatemala</li> <li>-Depresión AND crisis global</li> <li>-Disfunción familiar en el embarazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Perinatal Depression</li> <li>-Pregnancy global AND Statistics</li> <li>-Antenatal depression AND Risk factors</li> <li>-Perinatal depression AND Risk factors</li> <li>-Perinatal depression AND Psychosocial factors</li> <li>-Perinatal depression AND DNA methylation of oxytocin</li> <li>-Perinatal depression AND Genetic</li> <li>-Pregnancy distress AND Psychiatric symptoms</li> <li>-Depression in primary care AND Screening instruments</li> <li>-Edinburgh Postnatal Depression Scale</li> <li>-Psychosocial factors AND Depression Latin women</li> <li>-Depression AND pregnancy</li> <li>-Pregnancy AND major depression</li> <li>-Ethnic AND pregnancy depression</li> <li>-Personal relation AND depression antenatal</li> <li>-Antenatal AND postnatal depression</li> </ul>
<b>PubMed</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Perinatal depression</li> <li>-Antepartum depression</li> <li>-Depression during pregnancy</li> <li>-Perinatal depression AND Prevalence</li> <li>-Perinatal depression AND Screening</li> <li>-Antenatal depression AND Risk factors</li> <li>-Perinatal depression AND Obstetric factors</li> <li>-Perinatal depression AND Psychosocial factors</li> <li>-Prenatal depression AND Risk factors</li> <li>-Perinatal depression AND Prediction</li> <li>-Perinatal mental health AND migration woman</li> <li>-Depression AND pregnant woman</li> <li>-Social support AND antenatal depression</li> </ul>

**Fuente:** *Elaboración propia*

Tabla 4 Matriz de datos de buscadores y términos utilizados (continuación)

BUSCADORES	TÉRMINOS UTILIZADOS Y OPERADORES LÓGICOS	
	ESPAÑOL	INGLES
<b>Scielo</b>	-Depresión perinatal -Salud Mental de la Mujer AND Aborto -Depresión en el embarazo -Depresión AND embarazo adolescente	
<b>NCBI</b>		-Prenatal depression AND Hypothalamic-pituitary-adrenal function -Perinatal Depression AND Thyroid-Binding Globulin -Antenatal depression AND Prevalence -Antenatal depression AND Social and family support -Antenatal depression AND Prevalence and Factors -Perinatal depression AND HIV positive -Depression on women's subsequent pregnancy And Support -Depression during pregnancy AND Prevalence -Antenatal depression AND Prevalence and determinants -Perinatal depression AND previous prenatal loss -Perinatal depression AND women -Risk factors AND antenatal depression -Depression AND pregnancy -Depression in pregnancy AND postpartum depression
<b>Elsevier</b>		-Antenatal depression AND Cortisol -Prenatal depression AND Symptoms -Maternal depression AND Epidemiology -Mood disorders AND parity -Depression pregnancies AND Loss and Anxiety
<b>Cochrane</b>		-Perinatal mental health morbidity -Antenatal Depression AND Interventions
<b>Medigraphic</b>	-Depresión en embarazadas AND Prevalencia	

*Fuente: Elaboración propia*

**Anexo 4.** Matriz de descriptores DeCS y MeSH utilizados.

Tabla 5 Tabla de Descriptores DeCS y MeSH

<b>DeCS</b>	<b>MeSH</b>	<b>Calificadores</b>	<b>Operadores Lógicos</b>
<b>Factores sociodemográficos</b>	“demographics factors”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalencia</li> <li>• Edad</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Nivel educativo</li> <li>• Etnia</li> <li>• Ocupación</li> </ul>	<p>“Depresión Prenatal” AND “Factores sociodemográficos”, “prevalencia”</p> <p>“perinatal depression” AND “demographics factors”, “prevalence”</p>
<b>Factores clínicos</b> <b>Factores obstétricos</b>	“clinical factors” “obstetric factors”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fisiopatología</li> <li>• Manifestaciones clínicas</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Tamizaje</li> <li>• Complicaciones</li> <li>• Antecedente personal</li> <li>• Antecedente familiar</li> <li>• Paridad</li> <li>• Edad gestacional</li> <li>• Antecedente de aborto</li> <li>• Período intergenésico entre el aborto y el actual embarazo</li> </ul>	<p>“Depresión Prenatal” AND “fisiopatología”, “manifestaciones clínicas”, “Diagnóstico”, “Tamizaje”, “factores clínicos” “factores obstétricos”</p> <p>“perinatal depression” AND “pathophysiology”, “diagnosis”, “screening”, “clinical factors”, “obstetric factors”</p>
<b>Factores psicosociales</b>	“psychosocial factors”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación de pareja</li> <li>• Relación familiar</li> <li>• Violencia intrafamiliar</li> <li>• Duelo familiar</li> <li>• Consumo de sustancias psicoactivas</li> <li>• Embarazo deseado</li> </ul>	<p>“Depresión Prenatal” AND “factores psicosociales”</p> <p>“perinatal depression” AND “psychosocial factors”</p>

**Fuente:** *Elaboración propia*



## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Matriz del tipo de artículos utilizados según el nivel de evidencia y tipo de estudio.....	84
Tabla 2 Matriz Consolidativa de literatura gris utilizada.....	86
Tabla 3 Matriz de datos de buscadores y términos utilizados .....	88
Tabla 4 Matriz de datos de buscadores y términos utilizados (continuación).....	89
Tabla 5 Tabla de Descriptores DeCS y MeSH.....	90