



Depresión y ansiedad prenatal: una revisión de la literatura

Prenatal Depression and Anxiety: a Literature Review

Depressão e ansiedade pré-natal: uma revisão da literatura

*Mónica Mojica-Perilla, Psi., MSc., PhD.*¹ , *Sol Redondo-Rodríguez, Psi. MSa.*²,
*Sonia Esperanza Osma-Zambrano, MD., Esp., MSc.*³ 

1. Psicóloga, Magíster en Educación, Doctora en Salud Pública. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Santander, Colombia.
2. Psicóloga, Magíster en Consejería Psicológica. Member Canadian Counselling and Psychotherapy Association, Centre de Femmes, Montreal, Quebec, Canada.
3. Médica y cirujana, especialista en Ginecología y Obstetricia, magister en Epidemiología, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Santander, Colombia.

Correspondencia: Mónica Mojica-Perilla, Docente Titular Programa de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. Calle 157 # 19-55, Floridablanca, Santander, Colombia. Correo electrónico mjojica@unab.edu.co.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Artículo recibido: 10 de diciembre de 2017

Artículo aceptado: 30 de julio de 2019

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.2820>

RESUMEN

Introducción. Las mujeres con depresión y ansiedad prenatal pueden sufrir problemas en su funcionamiento social, retraimiento emocional y excesiva preocupación por su habilidad futura para ejercer el rol materno. **Objetivo.** Identificar y describir los hallazgos reportados sobre los factores de riesgo para el desarrollo de depresión y ansiedad prenatal, las consecuencias para la madre y su descendencia, las explicaciones teóricas que abordan su génesis, mantenimiento y las estrategias de atención en salud.

Metodología. Se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos y fuentes de información: Pub Med, EBSCO Host, Scielo, Redalyc y Google Scholar, de artículos

Cómo citar.

Mojica-Perilla M,
Redondo-Rodríguez S,
Osma-Zambrano SE. Depresión
y ansiedad prenatal:
una revisión de la
literatura. MedUNAB.
2019;22(2):200-212.
doi: 10.29375/01237047.2820

publicados entre 1995 y 2015, empleando los términos “*depression during pregnancy*”, “*antenatal anxiety*”, “*perinatal mental health*”, y “*prenatal anxiety*” entre otros, se seleccionaron artículos que reportaran el riesgos e impactos en la salud de la madre y su descendencia, explicaciones teóricas sobre génesis y mantenimiento de la depresión y ansiedad.

Resultados. El principal factor de riesgo identificado es una historia previa de ansiedad y/o depresión; entre los efectos negativos para la salud del bebe se destacan restricción en el crecimiento fetal, bajo peso al nacer, parto prematuro y a futuro problemas emocionales y conductuales del niño. Las estrategias de acción comprenden el diseño de guías y protocolos de atención clínica que permiten identificar las mujeres en riesgo y las que ya presentan una sintomatología media o severa.

Conclusiones. Los anteriores resultados ponen en evidencia la necesidad de implementar estrategias de acción que permitan la identificación temprana de poblaciones en riesgo.

Palabras clave:

Embarazo; Depresión; Ansiedad; Factores de Riesgo; Impactos en la Salud

ABSTRACT

Introduction. Women with prenatal depression and anxiety may suffer issues in their social performance, emotional withdrawal and excessive worrying about their future ability to be mothers. Objective. To identify and describe the findings that literature reports on risk factors for developing prenatal depression and anxiety, the consequences for the mother and child, theoretical explanations that cover origin and treatment, and health care strategies.

Methodology. We performed a literature review on articles published between 1995 and 2015 on the PubMed, EBSCO Host, Scielo, Redalyc and Google Scholar databases and sources of information. The terms, “depression during pregnancy,” “antenatal anxiety,” “perinatal mental health,” and “prenatal anxiety,” among others, were used. Moreover, we selected articles that reported risks and impacts on the mother and child's health, theoretical explanations on its origin and treatments for depression and anxiety.

Results. The main identified risk factor is a previous history of anxiety and/or depression at some point in life. A restriction to prenatal development, a low birth weight and premature labor all stand out as some of the negative effects on the baby's health. Going forward, emotional and behavioral issues in the child stand out. Action strategies consist of designing clinical care guides and protocols that allow identifying women who are at risk and women who already present a moderate or severe symptomatology.

Conclusions. The above results bring to light the need to implement action strategies that allow identifying populations at risk early.

Keywords:

Pregnancy; Depression; Anxiety; Risk Factors; Impacts on Health

RESUMO

Introdução. Mulheres com depressão e ansiedade pré-natal podem sofrer problemas em seu funcionamento social, retraimento emocional e preocupação excessiva com sua capacidade futura de exercer o papel materno.

Objetivo. Identificar e descrever os achados que a literatura relata sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de depressão e ansiedade pré-natal, as consequências para a mãe e seus filhos, as explicações teóricas que abordam sua gênese e manutenção, e as estratégias de cuidado em saúde.

Metodología. Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados e fontes de informação PubMed, EBSCO Host, Scielo, Redalyc e Google Scholar de artigos publicados entre 1995 e 2015. Foram utilizados os termos “depression during pregnancy”, “antenatal anxiety”, “perinatal mental health” e “prenatal anxiety” entre outros. Foram selecionados artigos que relataram riscos e impactos na saúde da mãe e seus filhos, explicações teóricas sobre a gênese e a manutenção da depressão e ansiedade.

Resultados. O principal fator de risco identificado é uma história prévia de ansiedade e/ou depressão em algum momento da vida. Dentre os efeitos negativos à saúde do bebê, destacam-se a restrição ao crescimento fetal, baixo peso ao nascer e parto prematuro. No futuro destacam-se os problemas emocionais e comportamentais da criança. As estratégias de ação incluem o desenho de diretrizes e protocolos de atenção clínica que permitam identificar as mulheres em risco e aquelas que já possuem uma sintomatologia média ou grave.

Conclusões. Os resultados anteriores evidenciam a necessidade de implementar estratégias de ação que permitam a identificação precoce de populações em risco.

Palavras-chave:

Gravidez; Depressão; Ansiedade; Fatores de Risco; Impactos na Saúde.

Introducción

Los problemas de salud mental son tema de constante preocupación tanto a nivel nacional como internacional, dado el aumento de su prevalencia con el correr de los años y las brechas para la atención efectivas de los mismos. Para la Organización Panamericana de la Salud, los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias son una causa importante de morbilidad, discapacidad, traumatismos y muerte prematura, y aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y problemas de salud. La prevalencia a 12 meses de estos trastornos en conjunto varía entre 18.7 % y 24.2 %; la de los trastornos por ansiedad, entre 9.3 % y 16.1 %; la de trastornos afectivos, entre 7.0 % y 8.7 %; y la de trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas, entre 3.6 % y 5.3 % (1).

Para el caso colombiano, la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015 muestra entre sus resultados generales para la población adulta entre 18 y 44 años una prevalencia de 9.6 % para algún trastorno mental; para el caso de la ansiedad, el 52.9 % presenta algún síntoma asociado; en relación con la depresión, 20.1 % de la muestra tiene entre cuatro y siete síntomas identificados. Por otra parte, el informe también destaca para este grupo etáreo un consumo excesivo de alcohol (21.8 %), así como un 11 % de la población que puede ser calificada como bebedores de riesgo-abuso(2).

La literatura internacional igualmente reporta una fuerte asociación entre el género femenino y la sintomatología depresiva (3-6). Mientras que las mujeres son menos propensas que los hombres a sufrir de trastornos por consumo de alcohol y drogas son más susceptibles a la depresión y la ansiedad; en este sentido, se estima que 73 millones de mujeres en todo el mundo sufren un episodio depresivo mayor cada año. Los riesgos inherentes al sexo femenino en el campo de la salud mental se tornan aún más evidentes durante el período prenatal y posnatal, tiempo durante el cual los cambios biológicos y psicosociales a los que se ve sometida la futura madre pueden traspasar las barreras de adaptación normal a esta etapa y desembocar en alteraciones psicológicas. De acuerdo a los resultados del metaanálisis publicado por Beck, se estima que aproximadamente el 13 % de las mujeres padecen algún tipo de depresión pos-parto en el año siguiente al nacimiento de su hijo (7).

Sólo en las últimas 2 décadas los psiquiatras han comenzado a reconocer y comprender la morbilidad y la mortalidad asociadas a trastornos psiquiátricos en el período prenatal; en el caso específico de la depresión, diferentes estudios han mostrado que las tasas de depresión prenatal son igual o más altas que las tasas de depresión posparto (8). De esta manera, la idea de que el embarazo es una época de alegría ininterrumpida ha sido cuestionada por los resultados de investigación que muestran, de forma contraria a esta creencia, como muchas mujeres padecen síntomas

clínicamente significativos, tanto de ansiedad como de depresión, durante el período gestacional. Las prevalencias reportadas por los estudios no siempre son comparables debido a las diferencias metodológicas entre ellos, especialmente relacionadas con la selección de las muestras y los instrumentos de medición empleados para identificar cuadros depresivos y/o de ansiedad. En este sentido encontramos reportes de prevalencias para depresión que varían entre 5.8% y 47% (9-13) y de ansiedad que varían entre 7.3 % y 78 % (11,12, 14-16).

El grado de los problemas de salud mental prenatal de los países en desarrollo es en gran parte desconocido; aunque se han conducido estudios a pequeña escala que reportan prevalencias de depresión posnatal disímiles entre sí: 19.6 % (17), 39.4 % (18), 50.7 % (19), 21.1 % (20), 27.9 % (21), 34.1 % (22), 40,1 % (23), se hace necesario incrementar el nivel de conocimientos existentes en éstos países, a fin de generar estrategias de promoción de carácter universal y de prevención en poblaciones de riesgo.

Es así como el estado de salud mental de la futura madre se convierte en un tema de investigación prioritario para la salud pública, dado el impacto negativo que una alteración de esta representa para la mujer y para su hijo. En este orden de ideas, el objetivo de la presente revisión identificar y describir los hallazgos que la literatura reporta sobre los factores de riesgo para el desarrollo de la depresión y la ansiedad prenatal, las consecuencias para la madre y su descendencia, las explicaciones teóricas que abordan su génesis, mantenimiento y las estrategias de atención en salud y de esta manera permitir a los profesionales de la salud el acercamiento y sensibilización a una problemática poco estudiada en nuestro contexto.

Metodología

Se condujo una revisión de literatura en las bases de datos y fuentes de información EBSCO Host, Pub Med, Google Scholar, Scielo y Redalyc empleando los siguientes descriptores; “*depression during pregnancy*”, “*antenatal depression*”, “*antenatal anxiety*”, “*perinatal mental health*”, “*maternal mental health*”, “*perinatal depresión*”, “*perinatal anxiety*”, “*prenatal depresión*” y “*prenatal anxiety*”. Los artículos se seleccionaron de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión:

- Tipo de artículo: artículos originales, revisiones de tema, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Idioma: artículos escritos en español, inglés y portugués.

- Temporalidad: artículos publicado entre 1995 y 2015.

Sólo se tomaron en cuenta aquellos artículos a los cuales se pudo tener acceso a texto completo. De igual forma, se realizó una búsqueda de fuentes secundarias mediante la revisión de las referencias de artículos relevantes. En total se recuperaron 91 documentos que fueron revisados en su totalidad, proceso después del cual se seleccionaron 59 para construir el presente texto; finalmente la revisión de estos artículos permitió organizar la presentación de la información en los temas que se desarrollan a continuación: factores de riesgo asociados a la depresión y la ansiedad prenatal, efectos de la depresión y ansiedad prenatal sobre la madre y su descendencia, explicaciones teóricas sobre la génesis y mantenimiento de la depresión y la ansiedad prenatal, atención a los problemas de salud mental de las mujeres en período de gestación.

Factores de riesgo asociados a la depresión y la ansiedad prenatales

La revisión sistemática conducida por Pereira & Lovisi (24) evidencia que entre los factores de riesgo asociados a la depresión en esta fase de la vida, se observan con más frecuencia: antecedentes psiquiátricos, principalmente historia previa de depresión; factores relacionados con la pobreza, como el bajo ingreso, dificultades financieras, baja escolaridad, desempleo; carencia de apoyo social familiar o marital, inestabilidad en las relaciones; eventos de vida estresantes; embarazo no deseado; dependencia al alcohol, tabaco u otras drogas; e historia de violencia doméstica.

Los resultados de la revisión sistemática publicada en el año 2010 por Lancaster *et al.* (25) son similares a los anteriores en lo que a factores de riesgo para el desarrollo de la depresión prenatal se refiere. Tras un proceso de selección riguroso, se incluyeron para análisis 57 artículos que cumplían a cabalidad los criterios de inclusión determinados en la metodología del estudio. Los factores que se relacionan a continuación están asociadas con una alta probabilidad de desarrollar síntomas depresivos prenatales, demostrado en el análisis bivariado: ansiedad materna, estrés de la vida, historia de depresión, falta de apoyo social, embarazo no deseado, tipo de seguro médico, violencia doméstica, bajo ingreso, consumo de tabaco, estado civil soltera y pobre calidad en las relaciones; en el análisis multivariado el estrés de la vida, la falta de apoyo social y la violencia doméstica continuaron demostrando una asociación significativa.

Los estudios que se han desarrollado en diferentes latitudes dan cuenta de los factores previamente mencionados, referenciando además los que vienen a continuación: estado civil, conflictos de pareja, pérdida de trabajo de la pareja o de la gestante, complicaciones relacionadas con el embarazo, embarazo no planeado, deprivación socio económica, baja escolaridad, experiencias negativas de vida recientes, escaso apoyo social percibido, antecedentes de violencia y disfunción marital (11,17,20-23,26-33).

Efectos de la depresión y ansiedad prenatal sobre la madre y su descendencia

Diversos estudios han documentado de manera específica los efectos que la depresión y la ansiedad materna representan tanto para el curso normal del embarazo, como para el crecimiento y desarrollo del bebé; dichos efectos pueden incluir bajo peso al nacer, parto prematuro, retraso en el crecimiento, problemas emocionales y conductuales del niño y restricción en el crecimiento fetal, entre otros (34-43).

Con respecto a la relación entre la salud mental materna y los desenlaces perinatales materno-fetales, se conocen estudios prospectivos en el primer mundo que mostraron alguna asociación entre la depresión y la prematuridad, la indicación de cesárea, y el bajo peso al nacer, aunque la magnitud del efecto variaba en función de la medición de la depresión, la ubicación del país y el estado socioeconómico; sin embargo, en las revisiones sistemáticas al respecto se encuentran dificultades y contradicciones halladas entre los estudios, en gran parte debido a las escalas utilizadas para medir la depresión(38).

Tras analizar más de 80 de estudios publicados en los que se tenía como uno de los objetivos el determinar la existencia de una relación entre diversos estados emocionales y eventos estresantes durante el embarazo con el parto prematuro, Dunkel-Schetter & Glynn (44) concluyen que de entre los diferentes estados emocionales analizados, la ansiedad prenatal puede considerarse el más fuerte predictor del parto prematuro; por otra parte, los autores también argumentan que los resultados de las investigaciones permiten evidenciar como la depresión durante el período de gestación puede estar más relacionada con el bajo peso al nacer.

Un meta-análisis publicado en el año 2010, examinó los datos de 20 investigaciones que exploraron la relación entre la depresión y el bajo peso al nacer, encontrando que una alta presencia de sintomatología depresiva representaba entre 1.4 y 2.9 más riesgo de

bajo peso al nacer en los países en vías de desarrollo, para los países desarrollados, como Estado Unidos, este riesgo era del 1.2(37).

Un estudio de Pakistan comparó 147 madres físicamente saludables con 147 madres diagnosticadas con los criterios del ICD-10 para la depresión, encontrando que los infantes de las madres depresivas tenían más bajo peso al nacer (media 2,910 g) que los de las madres no depresivas (media 3,022 g). El factor de riesgo relativo para el bajo peso al nacer en los hijos de las madres depresivas fue más significativo, aún después de ajustar las variables de confusión por medio de un análisis multivariado(45). En otro estudio de cohorte prospectivo desarrollado en Francia, los investigadores encontraron que la tasa de parto espontáneo prematuro era significativamente más alta entre las mujeres que tenían altos puntajes de depresión aún después de realizar los ajustes de las posibles variables de confusión (36). De igual forma Field, Diego & Hernández-Reif(46) identificaron una elevada actividad fetal, retardo en el crecimiento fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer como consecuencias comunes de la depresión materna.

La presencia de sintomatología depresiva durante el embarazo puede incrementar el riesgo de parto prematuro tal y como lo indican los resultados de investigación previamente descritos. En este sentido, algunos autores proponen como explicación a esta asociación que la presencia de sintomatología depresiva elevada durante el embarazo está asociada con un estado de salud materna disminuido, lo que podría aumentar el riesgo de complicaciones del embarazo, incluyendo el nacimiento prematuro. Las investigaciones han indicado que un estado de salud materna disminuido puede contribuir a malos resultados del embarazo; por lo tanto, puede ser posible que los síntomas depresivos prenatales maternos se asocien con un deterioro de la salud de la madre, lo que a su vez aumenta el riesgo de resultados adversos en el embarazo(47-49).

Se estima que el 20 % de las mujeres presentan síntomas de ansiedad durante la gestación, condición que según resultados de investigación publicados en los últimos años es un posible factor determinante tanto del parto prematuro como del bajo peso al nacer. La presencia de ansiedad puede afectar negativamente el proceso de gestación al ser considerada mediadora de cambios endocrinos y de comportamientos de riesgo, tales como el hábito de fumar, inadecuado acceso a control prenatal y/o demoras en el inicio del mismo, ganancia de peso gestacional inadecuada, entre otros.

Adicionalmente, los estudios epidemiológicos permiten observar que la ansiedad durante este período es subdiagnosticada dado que algunas mujeres no refieren sus quejas por diversos motivos, y en otros casos los síntomas de ansiedad son muchas veces confundidos con problemas orgánicos(50-52).

En relación a los posibles efectos de la depresión perinatal sobre el desarrollo cognitivo del infante, Evans *et al.* (53) encontraron que la presencia de depresión prenatal podría ser más importante como efecto modulador de dichos efectos que la depresión presente en otros tiempos, lo cual es consistente con hallazgos previos que indican que el período prenatal puede ser más importante que el posnatal para varios aspectos del desarrollo del niño.

Koutra *et al.* (54) encontraron en su estudio que los altos niveles de síntomas depresivos maternos prenatales, independientemente de los síntomas depresivos posparto y después de controlar los resultados adversos del parto y otros factores de confusión, se asociaron con el desarrollo cognitivo adverso, igualmente altos niveles de ansiedad materna prenatal se asociaron con un pobre desarrollo social y emocional de los infantes medido a los 18 meses de edad.

Se puede concluir a partir de los datos previamente expuestos que la presencia de ansiedad y depresión durante el período gestacional representa un factor de riesgo para el parto prematuro y el bajo peso al nacer; en este sentido, es pertinente reconocer que a pesar de la existencia de relaciones lineales entre la ansiedad y el parto prematuro, y la depresión y el bajo peso al nacer, propuestas por diferentes investigaciones previamente citadas, no debe dejarse de lado el análisis de las vías en las cuales las diferentes interacciones entre estas condiciones emocionales actúan produciendo desde resultados maternos adversos en el corto plazo, hasta problemas de comportamiento durante la adolescencia.

Explicaciones teóricas sobre la génesis y mantenimiento de la depresión y la ansiedad prenatal

Una comprensión de la génesis y el mantenimiento de la depresión y la ansiedad prenatal, así como de sus determinantes, se convierte en clave al momento de pensar en estrategias de promoción, prevención e intervención. Por tal motivo se presentan a continuación algunas de las propuestas teóricas que en

torno al tema se han encontrado en la revisión de la literatura.

El estrés prenatal es a menudo visto como un concepto multidimensional, resultado de un desequilibrio entre las demandas ambientales (estrés agudo y crónico) y los recursos individuales (condiciones socioeconómicas, estilo de vida, personalidad, apoyo social), que conducen a la percepción de estrés elevado y aumentan el riesgo de reacciones emocionales desadaptativas (ansiedad y depresión), y, finalmente, desemboca en un cambio en el comportamiento y un mayor riesgo de resultados adversos para la salud. En los últimos años los esfuerzos de investigación se han enfocado en dilucidar los mecanismos por medio de los cuales el estrés prenatal afectaría tanto el curso del embarazo como el estado de salud posnatal, en lo que se ha denominado el modelo de programación fetal; de esta manera, se presume que las exposiciones prenatales perjudiciales pueden alterar el crecimiento y el desarrollo fetal, además de producir alteraciones patofisiológicas que pueden llevar a desórdenes en la salud física y mental durante la infancia, la adolescencia y la vida adulta(55).

De acuerdo al análisis de diferentes resultados de investigación presentados por Austin, Priest & Sullivan (56), se encuentra que para algunas mujeres existe un continuo de la sintomatología depresiva que va desde el período de gestación hasta el período posnatal, sin descartar que en algunos casos los desórdenes pueden llegar a ser crónicos y persistir más allá de este tiempo; entre el 30 % y el 40 % de las mujeres con una historia previa de depresión posnatal tienen una mayor probabilidad de sufrir una recaída. Los síntomas de ansiedad también son comunes durante el embarazo y en el primer año posparto, ya sea en asocio con síntomas depresivos o en el contexto del espectro de los desórdenes de ansiedad.

Se reconoce que los cambios hormonales asociados con el ciclo reproductivo pueden incrementar el riesgo de las mujeres de desarrollar trastornos afectivos durante su ciclo vital. El embarazo, un acontecimiento importante en la vida de la mujer que viene precedido por cambios hormonales, representa una etapa de vulnerabilidad incrementada que ha sido asociada a la aparición o el retorno de trastornos depresivos. Algunas mujeres experimentan su primer episodio depresivo durante el embarazo, mientras que otras con antecedentes de depresión tienen un mayor riesgo para su recurrencia, continuación o exacerbación durante el período de gestación(9).

Parry & Newton(57) afirman que la fluctuación de los esteroides ováricos durante fases específicas del ciclo reproductivo puede guardar alguna relación con la vulnerabilidad de las mujeres frente a los trastornos del estado de ánimo. Las hormonas de los ovarios podrían ejercer una influencia directa o indirecta sobre el estado de ánimo, dado su efecto sobre el sistema neurotransmisor, neuroendocrino y sobre el ritmo circadiano. Puesto que las hormonas reproductivas modulan la sincronía entre los diferentes componentes del ritmo circadiano, los autores hipotetizan que estos cambios hormonales durante el período de gestación y el posparto pueden desestabilizar la ritmicidad circadiana y contribuir al desarrollo de desórdenes del estado de ánimo en mujeres con predisposición.

Goodman & Dimidjian (58) argumentan las ventajas que representa, tanto para la comprensión, como para la propuesta de estrategias de intervención de la depresión prenatal, emplear una perspectiva basada en la psicopatología del desarrollo, desde la cual los conceptos de continuo, riesgo y resiliencia, contexto, equifinalidad y multifinalidad adquieren una importancia particular. La noción de continuo es relevante para distinguir la depresión de las experiencias normativas del embarazo; esto es especialmente importante dado que los síntomas de la depresión se pueden superponer con muchas experiencias que las gestantes reportan (por ejemplo, alteración en el patrón de ingesta y de sueño, decremento en la energía) en ausencia de un disturbio del estado de ánimo. Las medidas continuas de la sintomatología depresiva en mujeres embarazadas son más frecuentes que la evaluación diagnóstica *per se* del cuadro depresivo; en este sentido, el empleo de estrategias de detección de síntomas que consiguen llegar a ser clínicamente significativos puede ser realizada a través de medidas de auto reporte como el Inventario de Depresión de Beck o la Escala de Edimburgo.

El riesgo es definido como una condición (biológica, personal, social, económica, entre otras) que incrementa la probabilidad de desarrollar un desorden, por lo que generalmente aquel precede el inicio de este último. Difícilmente los factores de riesgo actúan de manera aislada, no sólo tienden a coocurrir, sino que lo hacen de manera sinérgica. Por otra parte, la resiliencia se refiere a factores de protección cuya presencia explicaría por qué la acción del factor de riesgo difícilmente es inequívoca; los modelos de resiliencia subrayan las cualidades de los individuos y de su ambiente que permiten compensar o proteger frente a los factores de riesgo. En el caso de la

depresión prenatal, los estudios correlacionales reportan los siguientes factores de protección: bajos niveles de estrés, alto ingreso económico, niveles altos de autoestima y apoyo social, estar casada, alta religiosidad y haber planeado el embarazo. Tanto los factores de riesgo como de protección actúan bajo diferentes condiciones contextuales; es pertinente entonces comprender que la relación entre la mujer y su contexto es de carácter transaccional y no unidireccional. En este orden de ideas, la gestante que reporta sintomatología depresiva y su contexto medio ambiental se influyen de manera simultánea y de formas diferentes, lo que puede tener como resultado un incremento o decremento en la severidad de los problemas (58).

La equifinalidad facilita la comprensión de cómo la depresión que ocurre durante el embarazo, así como la depresión presente en otros momentos del ciclo vital, puede surgir de múltiples vías causales, que involucran diferentes sistemas (biológicos, conductuales, cognitivos e interpersonales) y sus transacciones a lo largo del tiempo. La multifinalidad ayuda a explicar por qué la depresión durante el embarazo puede tener una serie de resultados, tanto para las madres como para los hijos, igualmente ayuda a comprender cómo un mismo conjunto de factores de riesgo y de protección en diferentes personas puede desembocar en consecuencias disímiles(58).

Se ha postulado igualmente que la depresión puede llevar a la presentación de conductas de riesgo para la salud que pueden incidir de manera indirecta en los resultados obstétricos; la no asistencia a los controles prenatales, el consumo de licor, tabaco y sustancias psicoactivas, la falta de autocuidado, entre otras, son conductas que ponen en riesgo la salud de la madre y de su hijo. Las mujeres con depresión prenatal pueden sufrir problemas en su funcionamiento social, retraimiento emocional y una excesiva preocupación por su habilidad futura para ejercer el rol materno. Por otra parte, las distorsiones cognitivas evidenciadas tanto en los estados depresivos como en los de ansiedad, pueden afectar la capacidad de toma de decisiones de la futura madre y el seguimiento de las recomendaciones dadas por el equipo de salud(59).

Atención a los problemas de salud mental de las mujeres en período de gestación

De acuerdo con la OMS, los esfuerzos para lograr el Objetivo Cinco de Desarrollo del Milenio, a saber, mejorar la salud materna, deben incluir medidas para

prevenir y gestionar los problemas de salud mental durante el embarazo y después del parto. Un componente de salud mental debe ser incluido como parte integral de las políticas, planes y actividades de salud materna en los diferentes países; estos enfoques en la salud mental son fáciles de integrar en los servicios de salud materna que ya se encuentran en curso, y requieren el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria de la salud (15).

Dada la alta morbilidad asociada con la depresión y la ansiedad durante el período perinatal y los efectos adversos que estos desórdenes representan para la salud de la madre y del infante, es imperativo que aquellas mujeres en riesgo, o ya sintomáticas, sean identificadas lo más pronto posible en el período perinatal y remitidas para un manejo adecuado(60).

El estrés, la depresión y la ansiedad afectan del 15 % al 20 % de las mujeres gestantes, sin embargo, poco menos del 20 % de los proveedores de cuidado prenatal evalúan e intervienen los problemas de salud mental y menos del 20 % de las mujeres embarazadas busca atención en salud mental. Para aquellas que buscan tratamiento, la falta de integración del sistema de salud y las barreras existentes frecuentemente dificultan el acceso a tratamiento. Sin intervención, una pobre salud mental prenatal puede persistir por años e impactar el bienestar futuro de la madre, el niño y la familia(61).

El impacto que un estado de salud mental perinatal deteriorado trae consigo para la mujer, su hijo y la familia en general, hace de los esfuerzos en prevención una necesidad sentida, por lo que la posibilidad de predicción trae consigo la oportunidad de la prevención. Al respecto, Cantwell & Smith (62) recomiendan medidas selectivas y medidas indicadas que permitan la caracterización de aquellas mujeres que han sido identificadas como vulnerables dado que están expuestas a factores de riesgo, los cuales pueden ser abordados con medidas preventivas específicas. Para lograr lo anterior, los servicios de maternidad y de atención primaria necesitan entender estos factores de riesgo, así como poseer procesos rutinarios de evaluación que permitan identificar a las mujeres expuestas a ellos, a fin de darles el manejo adecuado o remitirlas de ser el caso.

Los datos sobre morbilidad mental perinatal se han convertido en un tema prioritario de salud pública en algunos países. En un esfuerzo por minimizar dicha morbilidad, un creciente número de regiones han desarrollado e implementado programas para la

identificación temprana, el tratamiento y el manejo de la depresión y otros desórdenes relacionados presentes durante el embarazo y el posparto. Diferentes guías de práctica clínica recomiendan preguntas de rutina en relación a la historia de la salud mental de la mujer durante el período perinatal, así como tamizaje de rutina para identificar síntomas de depresión, empleando para tal la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo u otras preguntas o enfoques que permitan la detección de los casos(63).

Tal es el caso de la iniciativa desarrollada en Australia y aprobada por el National Health and Medical Research Council, trabajo que finalizó con la publicación en el año 2011 de la *Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals*, documento que posee como objetivo principal ayudar a los profesionales de la salud que trabajan en atención primaria y atención de la maternidad, a identificar con precisión y tratar eficazmente los problemas de salud mental de la mujer durante el período perinatal (64).

Las directrices recomiendan un enfoque basado en la evaluación rutinaria de la salud emocional y el bienestar durante el embarazo y el año siguiente, que puede ser integrado a los controles periódicos de salud de las mujeres. La evaluación incluye preguntas sobre los factores psicosociales que pueden aumentar la probabilidad de problemas de salud mental de la mujer, la identificación de cualquier síntoma de depresión o ansiedad experimentado en la semana anterior y el uso de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Si la evaluación reporta síntomas y/o factores psicosociales de riesgo, haciendo uso de su juicio clínico el profesional de la salud decidirá si la mujer se beneficiaría de una atención de seguimiento, la cual está organizada como un camino o "mapa" por el que ella y su familia pueden acceder a la atención y al apoyo más adecuado durante el período perinatal. Las alternativas de atención dependerán de la gravedad del riesgo o los síntomas de la mujer, junto con sus preferencias y contexto social. Las mujeres con factores psicosociales o síntomas leves pueden beneficiarse del monitoreo, una evaluación posterior y cambios en su estilo de vida. Las mujeres con síntomas leves a moderados pueden beneficiarse del apoyo emocional y práctico (por ejemplo, apoyo de pares, counselling) y/o terapia psicológica. Las mujeres con síntomas severos diagnosticados requerirán un plan de atención que integra los anteriores enfoques, adicionalmente se debe considerar la toma de medicamentos si el caso lo amerita(64).

Otro ejemplo del diseño e implementación de rutinas de cuidado en salud mental perinatal proviene de Sur Africa. El Proyecto de Salud Mental Perinatal (PMHP por sus siglas en inglés), con sede en el Hospital de Maternidad de Mowbray en la provincia del Cabo Occidental de Sudáfrica, se ha desarrollado como una estrategia de atención en salud mental para las mujeres embarazadas, la cual se aplica por etapas haciendo uso de los recursos existentes en la atención primaria, integrándose de esta forma en la atención prenatal. El procedimiento incluye una valoración inicial que se ofrece a las mujeres embarazadas durante su primera visita de control prenatal, en la cual se aplica la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo en conjunto con un instrumento que permite la identificación de once factores de riesgo asociados con el estrés mental; las mujeres que se ubican por encima de los puntos de corte de los instrumentos son referidas para *counselling* individual(65).

Finalmente, es importante considerar que la mayoría de las mujeres encuentran que el embarazo y el año siguiente al nacimiento es un momento de considerable cambio emocional. Proporcionar atención psicosocial durante el período perinatal implica establecer y mantener una relación terapéutica entre el profesional de la salud y la mujer y su (s) otro (s) significativo (s). Los aspectos clave de la relación terapéutica incluyen el desarrollo de la confianza, la mutualidad, la escucha activa y el empoderamiento, para lo cual se proponen las siguientes estrategias de acción a seguir por parte de los profesionales de la salud (64):

- Comprender el rango normal de emociones que son comunes a varias etapas durante el período perinatal, a fin de identificar mejor los síntomas de depresión.
- Disponer de tiempo suficiente para evaluar, escuchar y crear una relación.
- Determinar y abordar cualquier concepto erróneo o necesidad de información.
- Animar a las mujeres a expresar sus sentimientos sobre el embarazo y la maternidad, validar cualquier preocupación y apoyar su estado emocional.
- Mantener una actitud de no juzgar.
- Evaluar los sistemas de apoyo de las mujeres, incluidas las actitudes y la disponibilidad de su red de apoyo primaria.

Conclusiones

La revisión de la literatura previamente descrita permite comprender la necesidad de atender los problemas de salud mental que presentan las gestantes. De los artículos revisados se puede concluir que los factores riesgo asociados con la depresión y la ansiedad prenatal más relevantes, y que pueden predisponer a la futura madre al desarrollo de un cuadro clínico ansioso y/o depresivo, son: falta de apoyo de la pareja, falta de apoyo social, historia de abuso o violencia doméstica, historia personal de enfermedad mental, desventajas socioeconómicas, embarazo no planeado y/o no deseado, eventos adversos en la vida, altos niveles de estrés percibido, complicaciones con el embarazo actual o con los anteriores si los hubo y pérdida fetal.

De la misma manera, los efectos adversos para la descendencia se encuentran bien documentados; es así como entre los principales se pueden encontrar: un mayor riesgo de problemas emocionales, conductuales y cognitivos del niño, bajo peso al nacer, parto prematuro, retraso en el crecimiento durante la infancia y restricción en el crecimiento fetal.

La identificación temprana de síntomas de depresión y ansiedad puede facilitar un curso de acción en el que se incluyan estrategias de intervención oportunas a fin de evitar serias consecuencias para las madres y los niños; por otra parte, conocer las variables psicosociales asociadas a la ansiedad y la depresión prenatal permitiría a su vez generar programas de promoción y prevención en salud mental materna. Para el desarrollo de estas acciones de promoción, prevención e intervención, los actores del sistema de salud deben poseer información válida y confiable que les permita focalizar los esfuerzos en poblaciones de riesgo, y de esta forma diseñar estrategias acordes a la realidad de la población a la cuales van dirigidas.

Se requieren esfuerzos para incrementar la disponibilidad de programas que atiendan las necesidades derivadas del cuidado de la salud mental materna, igualmente es necesario desarrollar programas sencillos de intervención que se enfoquen en la reducción del estrés asociado a la maternidad y que puedan ser usados por aquellos profesionales de la salud que trabajan en atención primaria. Proporcionar las mejores condiciones de atención en salud a la población de gestantes se convierte en un tema prioritario de salud pública; dicha atención debe ir más allá de los controles prenatales tradicionales, e incluir

una evaluación psicosocial que permita identificar e intervenir sobre los factores de riesgo asociados al desarrollo y mantenimiento de los diferentes problemas de salud mental identificados en la literatura. Finalmente es necesario dejar abierto el debate sobre la necesidad de establecer políticas públicas de atención en salud mental con enfoque de género, que sean sensibles a las vulnerabilidades biológicas, psicosociales y económicas que están asociadas a un deficiente estado de salud mental de la gestante.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no tener conflicto de interés.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. La brecha de tratamiento en las Américas. Documento técnico. Washington, D.C.: OPS; 2013. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23177&Itemid=270&lang=es
2. Ministerio de Salud de Colombia y COLCIENCIAS. Encuesta Nacional de Salud Mental. 2015. Recuperado a partir de: https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
3. Patel V, Kirkwood B, Pednekar S, Pereira B, Barros P, Fernandes J, et al. Gender disadvantage and reproductive health risk factors for common mental disorder in women: a community survey in India. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(4):404–413 doi:10.1001/archpsyc.63.4.404
4. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry*. 2004;184(4):299–305. doi: 10.1192/bjp.184.4.29
5. World Health Organization. Women's Mental Health: An Evidence Based Review. 2000. Geneva: WHO Press. Recuperado a partir de: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_msd_mdp_00.1.pdf
6. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: New Understanding, New Hope. 2001. Geneva: WHO Press. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
7. Beck CT. Predictors of Postpartum Depression. *An Update Nurs Res*. 2000;50(5):275–285. Recuperado a partir de: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=11570712>
8. Misri S. Suffering in Silence: The Burden of Perinatal Depression. *Can J Psychiatry*. 2007;52(8):477–478. Recuperado a partir de: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=cb71222f-3765-4ad9-a7f8-abe12b6b1796%40sessionmgr115&hid=120>
9. Bennett H, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson T. Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *Obstet and Gynecol*. 2004;103(4):698–709. doi: 10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
10. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal Depression. A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstet and Gynecol*. 2005;106(5):1071–1083. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db
11. Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, Stefanini MC, Lino G, Lunardi C, et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment*. 2012;15(1):21–30. doi:10.1007/s00737-011-0249-8
12. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, ALSPAC Study Team. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004;80(1):65–73. doi:10.1016/j.jad.2003.08.004
13. Rochat TJ, Tomlinson M, Bärnighausen T, Newell ML, Stein A. The prevalence and clinical presentation of antenatal depression in rural South Africa. *J Affect Disord*. 2011;135(1-3):362–373. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.011
14. Rodrigues OM, Schiavo R. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(9):252–257. doi.org/10.1590/S0100-72032011000900006
15. World Health Organization-UNFPA. (2009). Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Geneva: WHO Press. Recuperado a partir de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563567_eng.pdf
16. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal Depression: Prevalence, Screening Accuracy, and Screening Outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. Prepared by the RTI-University of North Carolina Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016. AHRQ Publication No. 05- E006-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2005. Recuperado a partir de: <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/peridepr/peridep.pdf>
17. Faisal-Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of

- anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(1):25–32. doi 10.1007/s00737-006-0164-6
18. Kazi A, Fatmi Z, Hatcher J, Kadir MM, Niaz U, Wasserman GA. Social environment and depression among pregnant women in urban areas of Pakistan: importance of social relations. *Soc Sci Med*. 2006;63(6):1466–76. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.05.019
 19. Póo A, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. *Rev Méd Chile*. 2008;136(1):44–52. doi.org/10.4067/S0034-98872008000100006
 20. Azevedo da Silva R, Jansen K, Dias de Mattos Souza L, Gomes da Silva Moraes I, Tomasi E, Del Grande da Silva G, et al. Depressão durante a gravidez no sistema público de saúde brasileiro. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2010;32(2):139–144. doi.org/10.1590/S1516-44462010000200008
 21. Karacam Z, Ancel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*. 2009;25(4):344–356. doi:10.1016/j.midw.2007.03.006
 22. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza R, Torrejón E, Coaquira E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. *Rev Peru Epidemiol*. 2010;14(3):193–200. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=20311967600>
 23. Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Pública*. 2010;26(4):310–314. doi.org/10.1590/S1020-49892009001000004
 24. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiq Clín*. 2008;35(4):144–53. doi.org/10.1590/S0101-60832008000400004
 25. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis M. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(1):5–14. doi: 10.1016/j.ajog.2009.09.007
 26. Berthiaume M, David H, Saucier JF, Borgeat F. Correlates of pre-partum depressive symptomatology: A multivariate analysis. *J Reprod Infant Psychol*. 1998;16(1):45–56. doi.org/10.1080/02646839808404557
 27. Dudas R, Csator dai S, Devosa I, Toreki A, Andó B, Barabás K, et al. Obstetric and psychosocial risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Psychiatry Res*. 2012;200(2-3):323–328. doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.017
 28. Koleva H, Stuart S, O'Hara M, Bowman-Reif J. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(2):99–105. doi:10.1007/s00737-010-0184-0
 29. Laua Y, Fu Keungb D. Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med*. 2007;64(9):1802–1811. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.01.001
 30. Marcus S, Flynn H, Blow F, Barry K. Depressive Symptoms among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. *J Womens Health*. 2003;12(4):373–380. doi:10.1089/154099903765448880
 31. Nasreen H, Kabir Z, Forsell I, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. *BMC Womens Health*. 2011;11:22. doi:10.1186/1472-6874-11-22
 32. Pajuloa M, Savonlahtia E, Sourander A, Heleniusb H, Pihaa, J. Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Disord*. 2001;65(1):9–17. doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00265-2
 33. Siu B, Leung S, Ip P, Fong Hung S, O'Hara M. Antenatal risk factors for postnatal depression: a prospective study of chinese women at maternal and child health centres. *BMC Psychiatry*. 2012;12:22. doi:10.1186/1471-244X-12-22
 34. Chung T, Lau T, Yip A, Chiu H, Lee, D. Antepartum Depressive Symptomatology Is Associated With Adverse Obstetric and Neonatal Outcomes. *Psychosom Med*. 2001;63(5):830–834. Recuperado a partir de: <http://ovidsp.tx.ovid.com.ezproxy.unal.edu.co/>
 35. Davis E, Snidman N, Wadhwa P, Glynn L, Dunkel Schetter C, Sandman C. Prenatal Maternal Anxiety and Depression Predict Negative Behavioral Reactivity in Infancy. *Infancy*. 2004;6(3):319–331. doi: 10.1207/s15327078in0603_1
 36. Dayan D, Creveuil C, Marks M, Conroy S, Herlicoviez M, Dreyfus M, et al. Prenatal Depression, Prenatal Anxiety, and Spontaneous Preterm Birth: A Prospective Cohort Study Among Women With Early and Regular Care. *Psychosom Med*. 2006;68(6):938–946. doi: 10.1097/01.psy.0000244025.20549.bd
 37. Goedhart G, Snijders A, Hesselink A, Van Poppel

- M, Bonsel G, Vrijkotte T. Maternal Depressive Symptoms in Relation to Perinatal Mortality and Morbidity: Results From a Large Multiethnic Cohort Study. *Psychosom Med.* 2010; 72(8): 769–776. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181ee4a62
38. Grote N, Bridge J, Gavin A, Melville J, Iyengar S, Katon, W. A Meta-analysis of Depression During Pregnancy and the Risk of Preterm Birth, Low Birth Weight, and Intrauterine Growth Restriction. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(10):1012-1024. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.111
 39. Hoffman S, Hatch, M. Depressive Symptomatology During Pregnancy: Evidence for an Association With Decreased Fetal Growth in Pregnancies of Lower Social Class Women. *Health Psychol.* 2000;19(6):535-543. doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.535
 40. Li D, Liu L, Odouli R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Hum Reprod.* 2009;24(1):146–153. doi: 10.1093/humrep/den342
 41. O'Connor T, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry.* 2002;180(6):502-508. doi: 10.1192/bjp.180.6.502
 42. Orr S, James S, Blackmore Prince S. Maternal Prenatal Depressive Symptoms and Spontaneous Preterm Births among African-American Women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol.* 2002;156(9):797-802. doi: 10.1093/aje/kwfl31
 43. Surkan P, Kennedy C, Hurley K, Black, M. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2011;89: 608–615E. doi: 10.2471/BLT.11.088187
 44. Dunkel-Schetter C, Glynn L. Stress in pregnancy: Empirical evidence and theoretical issues to guide interdisciplinary researchers. En Contrada R, Baum A (Eds). *Handbook of Stress.* New York, NY: Springer Publishing Company; 2011. p. 321-343.
 45. Rahman A, Bunn J, Lovel, H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;115(6):481-486. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00950.x
 46. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: A review. *Infant Behav Dev.* 2006;29(3):445-455. doi:10.1016/j.infbeh.2006.03.003
 47. Goldenberg RL, Culhan JF. Prepregnancy health status and the risk of preterm delivery. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(1):89-90. doi:10.1001/archpedi.159.1.89
 48. Haas JS, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Jackson RA, Dean ML, Brawarsky P, et al. Prepregnancy health status and the risk of preterm delivery. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159(1):58-63. doi:10.1001/archpedi.159.1.58
 49. Orr S, Blazer D, James S, Reiter J. Depressive Symptoms and Indicators of Maternal Health Status during Pregnancy. *J Womens Health.* 2007;16(4):535-542. doi: 10.1089/jwh.2006.0116
 50. Baghwanani SG, Seagraves K, Dierker LJ, Lax M. Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: a prospective study. *J Natl Med Assoc.* 1997;89(2):93-98. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2608228/pdf/jnma00369-0025.pdf>
 51. Mancuso RA, Schetter CD, Rini CM, Roesch SC, Hobel CJ. Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. *Psychosom Med.* 2004;66(5):762-769. Recuperado a partir de: http://www.researchgate.net/publication/8328722_Maternal_prenatal_anxiety_and_corticotropin-releasing_hormone_associated_with_timing_of_delivery
 52. Rondo P, Ferreira RF, Nogueira F, Ribeiro M, Lobert H, Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr.* 2003;57(2):266-272. Recuperado a partir de: <http://www.readcube.com/articles/10.1038%2Fsj.ejcn.1601526>
 53. Evans J, Melotti R, Heron J, Ramchandani P, Wiles N, Murray L, et al. The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012;53(6):632–640. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02513.x
 54. Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, Vassilaki M, Bitsios P, Kogevas M. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother–child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(8):1335–1345. doi 10.1007/s00127-012-0636-0
 55. Beydoun H, Saftlas A. Physical and mental health outcomes of prenatal maternal stress in human and animal studies: a review of recent evidence. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2008;22(5):438–466. doi: 10.1111/j.1365-3016.2008.00951.x
 56. Austin MP, Priest SR, Sullivan EA. (2008).

- Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;Oct 8;(4):CD005124. doi: 10.1002/14651858.CD005124.pub2.
57. Parry B, Newton R. Chronobiological Basis of Female-Specific Mood Disorders. *Neuropsychopharmacology.* 2011;25(5Suppl):S102-S108. doi:10.1016/S0893-133X(01)00340-2
 58. Goodman S, Dimidjian S. The Developmental Psychopathology of Perinatal Depression: Implications for Psychosocial Treatment Development and Delivery in Pregnancy. *Can J Psychiatry.* 2012;57(9):530-536. Recuperado a partir de: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=cb71222f-3765-4ad9-a7f8-abe12b6b1796%40sessionmgr115&hid=120>
 59. Bonari L, Pinto N, Ahn E, Einarson A, Steiner M, Koren, G. Perinatal Risks of Untreated Depression During Pregnancy. *Can J Psychiatry.* 2004;49(11):726-735. Recuperado a partir de: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=cb71222f-3765-4ad9-a7f8-abe12b6b1796%40sessionmgr115&hid=120>
 60. Austin MP, Middleton P, Reilly N, Highet N. Detection and management of mood disorders in the maternity setting: the Australian Clinical Practice Guidelines. *Women Birth.* 2013;26(1):2-9. doi: 10.1016/j.wombi.2011.12.001
 61. Kingston D, Austin MP, Hegadoren K, McDonald S, Lasiuk G, McDonald S, et al. Study protocol for a randomized, controlled, superiority trial comparing the clinical and cost- effectiveness of integrated online mental health assessment-referral-care in pregnancy to usual prenatal care on prenatal and postnatal mental health and infant health and development: the Integrated Maternal Psychosocial Assessment to Care Trial (IMPACT). *Trials.* 2014;6(15):72. doi: 10.1186/1745-6215-15-72
 62. Cantwell R, Smith S. Preventing and detecting perinatal mental illness. *Womens Health Medicine.* 2006;3(2):68-73. doi:10.1383/wohm.2006.3.2.68
 63. Reilly N, Harris S, Loxton D, Chojenta C, Forder P, Austin MP. The impact of routine assessment of past or current mental health on help-seeking in the perinatal period. *Women Birth.* 2014;27(4):e20-e27. doi: 10.1016/j.wombi.2014.07.003
 64. Austin MP, Highet N, Guidelines Expert Advisory Committee. Clinical practice guidelines for depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period. A guideline for primary care health professionals. 2011. Melbourne: beyondblue: the national depression initiative. Recuperado a partir de: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=43862>
 65. Honikman S, Van Heyningen T, Field S, Baron E, Tomlinson M. Stepped Care for Maternal Mental Health: A Case Study of the Perinatal Mental Health Project in South Africa. *PLoS Med.* 2012;9(5):e1001222. doi: 10.1371/journal.pmed.1001222