



Clínica y Salud

ISSN: 1130-5274

clin-salud@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid  
España

Rodríguez-Muñoz, María de la Fe; Olivares, María Eugenia; Izquierdo, Nuria; Soto,  
Cristina; Huynh-Nhu, Le  
Prevención de la depresión perinatal  
Clínica y Salud, vol. 27, núm. 3, noviembre, 2016, pp. 97-99  
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180648287001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica  
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Artículo de opinión/Opinion article

## Prevención de la depresión perinatal

## Perinatal depression prevention

María de la Fe Rodríguez-Muñoz<sup>a,\*</sup>, María Eugenia Olivares<sup>b</sup>, Nuria Izquierdo<sup>b</sup>,  
Cristina Soto<sup>c</sup> y Le Huynh-Nhu<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia, España

<sup>b</sup> Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>c</sup> Hospital Central de Asturias, España

<sup>d</sup> George Washington University, USA



### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 28 de septiembre de 2016

Aceptado el 7 de octubre de 2016

On-line el 25 de octubre de 2016

### La depresión durante el período del embarazo y el puerperio

Aunque la maternidad es un período que se percibe como una etapa positiva, muchas mujeres experimentan serios problemas psicológicos durante el embarazo y el puerperio. La bibliografía ha señalado que entre un 10–16% de las mujeres reciben un diagnóstico de episodio depresivo mayor durante el embarazo o dentro del primer año después del parto (Strat, Dubertret y Foll, 2011; Zlotnick, Johnson, Pearlstein y Howard, 2001). Estos datos son aproximadamente un 5% superiores a los de las mujeres adultas diagnosticadas de depresión cada año (Centers for Disease Control and Prevention [Centro para el Control de Enfermedades y Prevención], 2013). Algunos investigadores han encontrado resultados sobre cómo las mujeres tienen más probabilidad de manifestar niveles altos de depresión durante el periodo prenatal que en el período de posparto (Evans, Heron, Francomb, Oke y Golding, 2001). Sin embargo, otros trabajos apuntan en la dirección contraria: durante el embarazo se estima que entre un 6.5% y un 12.9% desarrollan depresión mayor o menor incrementándose este porcentaje hasta un 19.2% durante el primer año de vida del bebé (Gavin et al., 2005). Estas diferencias pueden ser explicadas por los distintos instrumentos de medida utilizados, que pueden producir discrepancias en la estimación de los porcentajes. En todo caso, e independientemente de las divergencias, los datos ponen de manifiesto la gravedad del problema y la necesidad de llevar a cabo actuaciones concretas para poder prevenirlo.

Sabemos además que el estigma asociado con la depresión y otras barreras en la búsqueda de tratamiento (Boyd, Mogul, Newman y Coyne, 2011) hace que alrededor del 65% de las mujeres que sufren depresión durante el embarazo no sean diagnosticadas (Ko, Farr, Dietz y Robbins, 2012). Todo ello parece demostrar la importancia de intervenir, intentando evitar que el problema tenga una dimensión mayor y pueda afectar a la calidad de los cuidados que recibe el bebé.

### Riesgos de la depresión perinatal

Tal y como señala Milgrom et al. (2008), en la actualidad concurre una literatura considerable sobre los factores de riesgo, tanto para la depresión prenatal como para la depresión posnatal, existiendo una extensa lista de variables asociadas significativamente con síntomas depresivos perinatales (Robertson, Grace, Wallington y Stewart, 2004). Estos abarcan una amplia gama de factores sociodemográficos, factores psiquiátricos, biológicos, médicos y personales. Las investigaciones han demostrado que los parámetros que indican el riesgo de depresión posparto incluyen historia psicopatológica previa, especialmente si existe historia de depresión durante el período gestacional, percepción de apoyo social ineficaz o insuficiente, una mala relación de pareja, un incremento de eventos vitales estresantes y complicaciones obstétricas durante el embarazo y el parto (Campbell y Cohn, 1991; Collins, Dunkel-Schetter, Lobel y Scrimshaw, 1993). En una reciente revisión de la literatura, Lancaster, Gold, Flynn, Yoo y Marcus (2010) han señalado 10 potenciales factores de riesgo durante el período prenatal (Tabla 1).

\* Autor para correspondencia. C/Juan del Rosal n° 10. 28010 Madrid, España.  
Correo electrónico: [mfrodriguez@psi.uned.es](mailto:mfrodriguez@psi.uned.es) (M.F. Rodríguez-Muñoz).

**Tabla 1**  
Principales factores de riesgo (adaptado de Lancaster et al., 2010)

<b>Ansiedad materna.</b> La ansiedad tiene una fuerte relación con los síntomas depresivos durante el embarazo. En los estudios revisados por Lancaster et al. (2010) se encontraron correlaciones medias-altas entre ansiedad y depresión.
<b>Eventos vitales estresantes.</b> Los eventos vitales estresantes, tales como divorcio, muerte de un familiar, pérdida de empleo, etc. tienen una relación significativa con la presencia de la depresión antenatal.
<b>Historia previa de depresión.</b> La presencia de diagnóstico previo de depresión es un predictor de la depresión antenatal.
<b>Falta de apoyo social.</b> En los estudios revisados por Lancaster el tamaño del efecto es medio. Sin embargo, cuando es la pareja la que no presta apoyo el tamaño del efecto es mayor.
<b>Violencia doméstica.</b> Los estudios señalan un tamaño del efecto entre pequeño y mediano.
<b>Intención con el embarazo.</b> El interés por conseguir el embarazo presenta una relación media con la depresión.
<b>Tipo de relaciones de pareja.</b> El estatus en las relaciones de pareja (cohabitación, no cohabitación, etc.) presenta una relación una relación pequeña con la depresión antenatal.
<b>Tipo de cobertura médica.</b> Aunque este factor en España no tiene sentido ya que la cobertura durante el embarazo, parto y puerperio es universal, los estudios han encontrado que las mujeres con coberturas médicas más deficientes presentan más riesgo de sufrir depresión.
<b>Estatus socioeconómico.</b> Los estudios revisados por Lancaster presentan una relación inconsistente; sin embargo, la literatura ha recogido este factor como un importante factor de riesgo.
<b>Factores que presentan resultados inconsistentes.</b> Entre estos factores con resultados inconsistentes se encuentran el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, raza/etnia de las madres, la edad materna o la historia obstétrica previa.

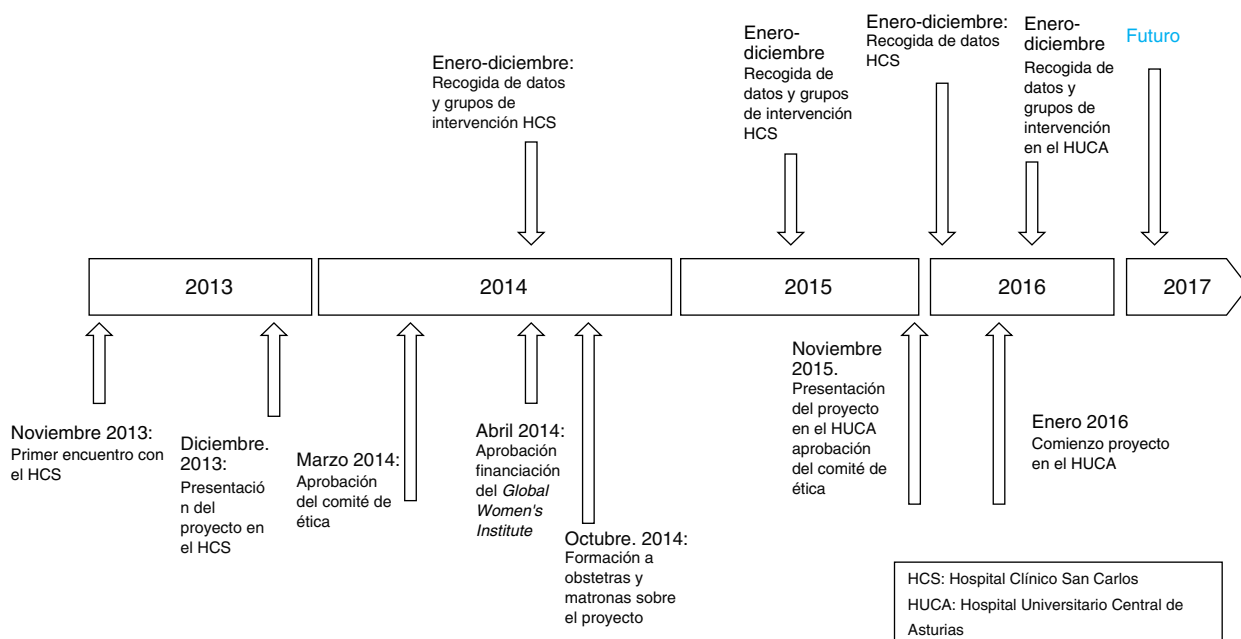
### Consecuencias de la depresión perinatal

Como ya se citó con anterioridad, las consecuencias de este trastorno pueden tener implicaciones negativas en el desarrollo de los recién nacidos, así como en la futura relación entre madre e hijo (Goodman y Brand, 2009). Por ejemplo, las madres deprimidas muchas veces informan niveles bajos de auto-eficacia (creencias sobre su capacidad y rendimiento como madres) en relación a las que no están deprimidas (Fox y Gelfand, 1994; Teti y Gelfand, 1991); las mujeres deprimidas tienden a ser menos positivas y a interactuar menos con sus bebés (Campbell, Cohn, Flanagan, Popper

y Meyers, 1992). Así mismo, los bebés terminan siendo menos reactivos, evitan la mirada y presentan un menor número de destrezas durante el tiempo que están interactuando con sus madres (Field, 1995). También se ha identificado que los hijos de madres deprimidas tienen un peor rendimiento durante su escolarización e incluso dificultades en el área social a largo plazo (Weissman et al., 2006), pudiendo continuar estos problemas, aunque la madre mejore (Gunlicks y Weissman, 2008).

Como se puede deducir de todo lo anteriormente comentado, este es un problema importante para la salud de nuestras gestantes, aunque parece no recibir el adecuado tratamiento en nuestro sistema de salud. Diferentes organismos internacionales (TASK FORCE, GUIAS NICE, ACOG y AAP) han destacado la importancia del problema, así como los mecanismos que se deben utilizar tanto para prevenir como para iniciar los tratamientos adecuados. Todos ellos han identificado dos grandes puntos:

- La necesidad de realizar un buen cribado durante el embarazo.
- En función de los resultados obtenidos, realizar un tratamiento cognitivo conductual de probada eficacia para dar solución a dicho problema.
- El grupo de trabajo *US Preventive Services Task Force* (O'Connor, Rossom, Henninger, Groom y Burda, 2006) en un potente trabajo de revisión en el que se examinan más de 470 estudios recogen las evidencias científicas que se han presentado hasta la fecha.
- El grupo de trabajo *US Preventive Services Task Force* (O'Connor, Rossom, Henninger, Groom y Burda, 2006) en un potente trabajo de revisión en el que se examinan más de 470 estudios recogen las evidencias científicas que se han presentado hasta la fecha.
- La guía NICE *Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance* profundiza en la evaluación. A modo de resumen se presentan las principales aportaciones en la tabla 2.
- El *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) señala que como mínimo se debe realizar un cribado en el período perinatal con instrumentos de probadas garantías científicas. Entre las variables a incluir en este cribado se incluye la historia previa de ansiedad y depresión, así como la evaluación de los factores de riesgo.



**Figura 1.** Descripción del proceso.

**Tabla 2**

Resumen de las recomendaciones de la guía del NICE en el embarazo y el posparto

Evaluación	Tratamiento
Historia de cualquier problema de salud mental.	
Bienestar físico (incluyendo el peso, el tabaquismo, la nutrición y el nivel de actividad y la historia de cualquier problema de salud física).	Depresión
Alcohol y uso indebido de drogas.	Ansiedad
La actitud de la mujer hacia el embarazo, incluyendo la negación del embarazo.	Tratamiento para casos de feto muerto, nacimiento traumático o aborto involuntario.
Apoyo social	Problemas de alimentación y sueño.
Condiciones de vida.	Consumo de drogas
Violencia doméstica y el maltrato, el abuso sexual, el trauma y el maltrato infantil.	
Situación económica e inmigración.	
Evaluación de la posibilidad de autolesiones o suicidio.	

- La *American Academy of Pediatrics* (AAP; Earls, 2015) sigue la misma línea señalada anteriormente: la importancia del cribado y de la intervención con el objetivo de prevenir el impacto en los bebés.

Tras los datos que acabamos de mencionar, la inquietud de varios investigadores de esta área de conocimiento nos condujo a querer profundizar en cuáles eran aquellas variables que podrían estar influyendo en el proceso del embarazo y el parto con respecto a la salud psicológica de las gestantes, hecho que se consolidó con la firma de un contrato de investigación entre la UNED y el Hospital Clínico San Carlos que, tras la realización de un primer estudio piloto, se incorporó al proyecto el Hospital Central de Asturias.

El proyecto se materializa en tres áreas:

- Validación de diferentes instrumentos de evaluación
- Cribado de las pacientes
- Intervención cognitivo conductual

En la [figura 1](#) se presenta el cronograma con la descripción del proceso.

## Conclusión

La psicología perinatal en España requiere de un mayor desarrollo, tanto a nivel de intervención como a nivel de investigación. El proyecto que se ha presentado está tratando de promover la investigación en esta área. Animamos a la comunidad científica a seguir avanzando en esta área que requiere de un impulso para seguir mejorando la calidad de vida de las gestantes y de sus hijos.

## Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Financiación

Este proyecto ha sido parcialmente financiado por The Global Women's Institute. George Washington University.

## Agradecimientos

Se expresa el agradecimiento al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos, y en especial a las enfermeras de diagnóstico prenatal María del Carmen Picos y María Isabel

Rodríguez y a la matrona Natividad García por su inestimable ayuda, así como al Dr. Miguel Ángel Herráiz. Así mismo, los autores quieren expresar su agradecimiento a la Fundación de Investigación del Hospital Clínico San Carlos por todo el soporte técnico y especialmente al director de proyectos Sergio Muñoz Lezcano y a Miguel Ángel Armengol de la Hoz, responsable TIC de la Unidad de Innovación de Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC). También expresamos nuestros agradecimiento al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), en especial a la Dra. Ana Escudero, enfermeras de Diagnóstico Prenatal Verónica Álvarez de la Mata y Esther Álvarez Álvarez, auxiliar Beatriz Fdez. Hortal, matronas Cristina Cordero Bernardo y Magdalena Laruelo Hortal. Por último, al Dr. Francisco Javier Ferrer y a los doctores Moreno, Vázquez, Vaquerizo, Martín y Blanco.

## Referencias

- Boyd, R., Mogul, M., Newman, D. y Coyne, J. (2011). Screening and referral for postpartum depression among low-income women: a qualitative perspective from community health workers. *Depression Research and Treatment*, 1–7. <http://dx.doi.org/10.1155/2011/320605>
- Campbell, S. y Cohn, J. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 594–599.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F., Flanagan, C., Popper, S. y Meyers, T. (1992). Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology*, 4(1), 29–47.
- Centers for Disease Control and Prevention (2013). *Current depression in U.S. adults*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/features/dsdepression/>
- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M. y Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality & Social Psychology*, 65, 1243–1258.
- Earls, M., & The Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family. (2015). *Depression into Pediatric Practice Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum*. *Pediatrics*, 126, 1033–1039.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. y Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323, 257–260.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant-Behavior and Development*, 18, 1–13.
- Fox, C. R. y Gelfand, D. M. (1994). Maternal depressed mood and stress as related to vigilance, self-efficacy and mother-child interactions. *Early Development and Parenting*, 3, 1–11.
- Gavin, N., Gaynes, B., Lohr, K., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. y Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetric and Gynecology*, 106, 1071–1083.
- Goodman, S. y Brand, S. (2009). Depression and early adverse experiences. En I. H. Gotlib y C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 249–274). New York: Guilford Press.
- Gunlicks, M. L. y Weissman, M. M. (2008). Change in Child Psychopathology with Improvement in Parental Depression: A Systematic Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 379–389.
- Ko, J., Farr, S., Dietz, P. y Robbins, C. (2012). Depression and treatment among U.S. pregnant and non-pregnant women of reproductive age, 2005–2009. *Journal of Women's Health*, 21, 830–836. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2011>
- Lancaster, C., Gold, K., Flynn, H., Yoo, H. y Marcus, S. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202, 5–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
- Milgrom, J., Gemmill, A., Bilszta, J., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., ... Buist, A., et al. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorder*, 108, 147–157.
- O'Connor, E., Rossom, R., Henninger, M., Groom, H. y Burda, B. (2016). *Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force*. *JAMA*, 315, 388–406.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. y Stewart, D. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289–295.
- Strat, L., Dubertret, C. y Foll, L. (2011). Prevalence and correlates of major depressive episode in pregnant and postpartum women in the United States. *Journal of Affective Disorder*, 135, 128–138. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.004>
- Teti, D. M. y Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62, 918–929.
- Weissman, M. M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Talati, A., Wisniewski, S. R., Fava, M. y ... Star\*D-Child Team. (2006). Remissions in maternal depression and child psychopathology: A STAR\*D-child report. *Journal of the American Medical Association*, 295, 1389–1398.
- Zlotnick, C., Johnson, S., Miller, I., Pearlstein, T. y Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry*, 158, 638–640. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.638>