

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES EN LAS MUJERES EMBARAZADAS PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS MENTALES: REVISIÓN INTEGRATIVA

MODIFIABLE RISK FACTORS IN PREGNANT WOMEN FOR THE DEVELOPMENT OF MENTAL DISORDERS: INTEGRATIVE REVIEWS

¹Lina Marcela Balanta Gonzaliaz, ²Leydi Victria Omedo Caicedo, ³Jorsy Andrés Ocoro Vergara, ⁴Olga Lucía Gaitán-Gómez.

¹Enfermera profesional, Hospital Universitario del Valle "Evaristo García", Santiago de Cali, Colombia.

²Estudiante de enfermería, Universidad Santiago de Cali, Colombia.

³Enfermero, Universidad Santiago de Cali, Colombia.

⁴Enfermera, Doctora en enfermería, docente programa de enfermería, Universidad Libre seccional Cali, Colombia.

RESUMEN

PALABRAS CLAVE:

Factores de riesgo;
Trastornos mentales;
Depresión;
Embarazo;
Enfermería materno-infantil.

Introducción. Un estudio desarrollado en Australia reporta que un 20% de las embarazadas padecen trastornos mentales durante el embarazo, de las cuales hasta un 85% no recibe atención médica focalizada, también, se ha reportado que menos del 20% del personal de atención primaria en salud lleva a cabo alguna evaluación para identificar riesgos en salud mental. **Objetivo.** Analizar los hallazgos científicos sobre los factores de riesgo modificables de la mujer embarazada para el desarrollo de trastornos mentales. **Metodología.** Revisión integradora de la literatura en seis bases de datos, realizada entre agosto y noviembre del año 2021. Se siguieron las directrices PRISMA que permitieron la identificación 36 cumplieron con la pregunta clínica PICOT y los criterios de inclusión. **Resultados y discusión.** Los factores de riesgo modificables más reportados en la literatura fueron los relacionados con el estilo de vida, el acceso a los servicios de salud y la preocupación excesiva por situaciones socioeconómicas-familiares, siendo en conjunto desencadenante de inestabilidad emocional y estrés, y ser terreno fértil para el desarrollo de trastornos mentales durante la gestación. Del mismo modo, se propone un plan de atención de enfermería enfocado en las respuestas y necesidades humanas identificadas en el estudio. **Conclusiones.** El estudio identifica los factores de riesgo modificable más reportados en la literatura para su reconocimiento e inclusión en los programas de atención integral prenatal, retroalimentación de las teorías y modelos en enfermería, reorientar los procesos formativos y la transformación de las políticas públicas en salud a procesos vitales y no a patologías.

ABSTRACT

KEYWORDS:

Risk Factors;
Mental disorders;
Depression;
Pregnancy.

Introduction. A study developed in Australia reports that 20% of pregnant women suffer from mental disorders during pregnancy, of which up to 85% do not receive focused medical care. It has also been reported that less than 20% of primary health care personnel carry out any assessment to identify mental health risks. **Objective.** To analyze scientific findings on modifiable risk factors for the development of mental disorders in pregnant women. **Methodology.** Integrative literature review in six databases, conducted between August and November 2021. PRISMA guidelines were followed which allowed the identification 36 met the PICOT clinical question and inclusion criteria. **Results and discussion.** The most reported modifiable risk factors in the literature were those related to lifestyle, access to health services and excessive concern for socioeconomic-family situations, being together triggers of emotional instability and stress, and being fertile ground for the development of mental disorders during gestation. Likewise, a nursing care plan focused on the responses and human needs identified in the study is proposed. **Conclusions.** The study identifies the most reported modifiable risk factors in the literature for their recognition and inclusion in comprehensive prenatal care programs, feedback of theories and models in nursing, reorientation of training processes and the transformation of public health policies to vital processes and not to pathologies.

CITAR COMO:

Balanta LM, Omedo LV, Ocoro JA, Gaitán-Gómez OL. Factores de riesgo modificables en las mujeres embarazadas para el desarrollo de trastornos mentales: Revisión integrativa. Cuidarte. 2023; 12 (13). doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2023.12.23.84887

Recibido: 27/04/2022

Enviado a pares: 31/05/2022

Aceptado por pares: 30/06/2022

Aprobado: 26/09/2022

Volumen: 12 Número: 23 Año: 2023 FEBRERO



CuidArte "El Arte del Cuidado" por Universidad Nacional Autónoma de México se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Basada en una obra en <http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/index>

ISSN: 2395-8979



LINA MARCELA BELANTA GONZALIAZ



Enfermera y estudiante con interés en investigar sobre el comportamiento de indicadores y variables en el área de epidemiología hospitalaria.



LEIDY VICTORIA OLMEDO CAICEDO



Estudiante con interés en investigar sobre el comportamiento de los pacientes con enfermedades de salud mental.

AUTORIA

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los problemas de salud mental en la gestación se han convertido en una prioridad para el sector de la salud, debido a los efectos adversos que representan para la madre y el neonato¹. Algunos de los problemas en salud mental reconocidos en la literatura que padecen las gestantes son la depresión, la ansiedad, los trastornos psicóticos, los trastornos alimenticios y el estrés; estos afectan entre el 15% y el 20% de las mujeres gestantes en el mundo y menos del 20% del personal de atención primaria en salud lleva a cabo alguna evaluación para identificar riesgos¹⁻². Se han reportado algunas barreras en la atención a las madres en su esfera mental, entre ellas: la falta de integración al sistema de salud que permita identificar riesgos tempranos en la atención primaria y su acompañamiento hasta el puerperio, la ausencia de intervenciones enfocadas a aspectos emocionales, psicológicos y comportamentales, la poca inversión en recurso humano calificado, la ausencia de insumos en regiones descentralizadas de los sistemas de salud y la sobrecarga laboral del personal sanitario. Estas barreras entorpecen tanto el diagnóstico como el tratamiento oportuno y, en consecuencia, entre el 76% y el 85% de las gestantes con problemas mentales no reciben atención alguna²⁻³.

La literatura refiere que una de cada cinco mujeres sufre de problemas de salud mental durante la gestación⁴, algunas de ellas padeciéndolos por primera vez en su ciclo vital. Se ha estimado que su prevalencia oscila entre un 7% y 24,6%, en el caso de depresión, y un 25,8% a 40,7% padecen de ansiedad⁵⁻⁷. Por consiguiente, los trastornos mentales durante el embarazo han recobrado importancia en las últimas décadas debido a las múltiples consecuencias en la madre; por ejemplo: trastornos del sueño, pensamientos e intentos suicidas, ideas ruminantes pesimistas, cambios de humor intensos y repentinos; en el recién nacido, por ejemplo: prematurez y bajo peso al nacer; y tanto en la pareja/padre como en la familia extensa se evidencian relaciones disfuncionales y dependencia emocional^{1,6,8,9}. Es por lo anterior que identificar y reducir los factores de riesgo modificables (FRM) en la mujer embarazada es de importancia para el área de enfermería, porque promueve la intervención oportuna de las gestantes con mayor riesgo desde la atención primaria y permite remitir a las pacientes a profesionales especializados como psicólogos clínicos y psiquiatras y, de acuerdo con la severidad del caso, tendría un impacto positivo en la salud de la madre y de su descendencia¹⁰⁻¹².

Las investigaciones de Martínez et al.¹³, Serpeloni et al.¹⁴ y Viuff et al.¹⁵ refieren que existe una serie de factores de riesgo modificables, por ejemplo: el estilo de vida obesogénico, los comportamientos de riesgo, los hábitos alimenticios inadecuados, el sedentarismo, etc., que pueden influir en la salud mental de una gestante y su presencia debe alertar a los profesionales de la salud para poder llevar a cabo una supervisión minuciosa en antecedentes familiares como la violencia

intrafamiliar y personales como el consumo de sustancia psicoactivas. La supervisión permitiría identificar aspectos influyentes en las condiciones de salud de la mujer; por ejemplo, algunas de estas señales son: los pensamientos suicidas, las autolesiones (cortes o quemaduras), el aislamiento social, y los pensamientos relacionados con el causar daño al bebé no nacido y una vez este nazca. Estas señales pueden provocar la siguiente sintomatología de alarma: insomnio, cambios radicales de humor, adelgazamiento inexplicable y llanto persistente¹⁶.

Autores como Bermejo¹⁷, Maldonado et al.¹⁶, Mansell et al.¹⁸, Pérez et al.⁵ mencionan que la gestación es un periodo crítico o de alta sensibilidad psicológica, puesto que influyen aspectos como los sentimientos de rechazo al embarazo, el desapego al feto; los conflictos con la pareja, la familia, los compañeros de trabajo; los recuerdos del pasado, por ejemplo: experiencias negativas durante la infancia, ausencia de cuidados paternos, etc.; los miedos por la salud del bebé, sobre el parto, morbilidades, la pérdida del embarazo, etc.; el estado nutricional, por ejemplo: deficiencia de vitaminas, desnutrición, etc.; los cambios fisiológicos como el crecimiento de las glándulas mamarias, el aumento de peso, el cambio de presión arterial, los períodos de sueño interrumpido, etc.; y los antecedentes psicopatológicos como, por ejemplo: intentos de suicidio, obsesiones, entre otros; los cuales hacen más susceptibles a las mujeres embarazadas al desarrollo de trastornos mentales^{1,7,12}.

Por lo tanto, se debe contar con personal que trascienda la práctica de controles prenatales tradicionales, por ejemplo, con la implementación de terapias de pareja o individuales para el manejo de la salud mental, realizar acciones educativas en programas de salud para todo el núcleo familiar, terapias de preconcepción para afrontar los cambios durante esta etapa y así prevenir y/o controlar los FRM, tales como: la relación negativa con la pareja, el ser madre soltera, el maltrato físico y emocional, los factores de estrés socioeconómico y el no acceso a cuidados médicos, etc.^{3,19,20}. Del mismo modo, dichos controles no tradicionales influirán de manera positiva para que la materna pueda dejar de lado las anteriores circunstancias negativas y que pueda reforzar los factores protectores como, por ejemplo, construir y reforzar su red de apoyo, asistir y participar al cuidado prenatal temprano y completo, facilitar una relación profesional-paciente terapéutica e incentivar a que la materna incremente sus conocimientos en hábitos saludables^{6,7,19}; estos factores pueden generar un impacto positivo en la disminución de los FRM.

Por otro lado, Pérez et al.⁵, Marín et al.²⁴, Biaggi et al.¹² y Marín¹⁹ exponen que la ausencia y/o las pocas medidas de control e identificación de los factores de riesgo modificables contribuyen a la alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas

en las gestantes (20%-40%), debido a que no se están efectuando acciones dirigidas a la modificación de aspectos como: la ansiedad de sobrellevar un embarazo en solitario, la preocupación de los gastos a sobrevenir, la incertidumbre del desarrollo de la gestación, la estigmatización de la sociedad, y la angustia del rechazo de la pareja y la familia. Las anteriores situaciones aumentan la probabilidad de desencadenar un afrontamiento disfuncional del embarazo^{5,24}, de manera que, si el profesional de enfermería no tiene claridad sobre los FRM a intervenir, se retrasan las medidas de prevención y/o de amortiguación. Esto representa una oportunidad para crear planes de atención primaria en donde enfermería sea un actor relevante que reduzca el embotellamiento de la atención médica y se dimensionen nuevas formas de cuidado orientadas a la respuesta o necesidad humana y no a un proceso patológico. Del mismo modo, articular las consecuencias de estos FRM en la salud de la gestante, el padre/pareja o el binomio al proceso enfermero, otorgaría soporte científico a los cuidados, además de un ruta clara de intervención ante la ausencia de un política institucional o nacional.

Al tener en cuenta lo expuesto, investigaciones como la presente permitiría a las instituciones de la salud identificar, controlar y/o reducir los índices de morbilidad asociada a la enfermedad mental en periodos sensibles para la mujer y el ciclo vital familiar en extensión^{22,23}. Es por ello, que el objetivo de la presente revisión es analizar los hallazgos científicos sobre los factores de riesgos modificables de la mujer embarazada para el desarrollo de trastornos mentales.

METODOLOGÍA

Se desarrolló una revisión integradora de la literatura donde se contemplaron las directrices Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) checklists²⁶. La pregunta orientadora de la revisión fue: ¿Cuáles son los factores de riesgo modificables en la mujer embarazada para el desarrollo de trastornos mentales? Esta se complementa con la pregunta clínica PICOT: P (población) gestantes; I (interés) factores de riesgo modificables para el desarrollo de trastornos mentales durante el embarazo; C (control) estudios desarrollados en mujeres embarazadas con enfermedad psiquiátrica diagnosticada previa al embarazo; O (resultado): proponer un plan de intervención en enfermería para disminuir y/o controlar aquellos factores de riesgo modificables. Lo anterior, se llevó a cabo gracias a la identificación de la(s) respuesta(s) o necesidad(es) humana(s) (ejemplo: signos, síntomas, comportamientos, manifestaciones) más reportadas en la literatura que pudieran dar pie a la construcción de un proceso de enfermería congruente y, T (tiempo) diez años (2011-2021).

La revisión se realizó entre los meses de agosto y noviembre del año 2021. Se utilizaron las bases de datos PubMed, Scopus, Springer, ScienceDirect, Medline Plus y Taylor & Francis Group. Para la búsqueda de los artículos, se

empleó la combinación de términos controlados MeSH y DeCS, y el operador booleano 'AND'; esto permitió la elaboración de tres ecuaciones de búsqueda en español, inglés y portugués. Igualmente, se realizó una revisión manual de los artículos seleccionados para la identificación de referencias bibliográficas importantes que no fueron detectadas en la búsqueda electrónica (Tabla 1).

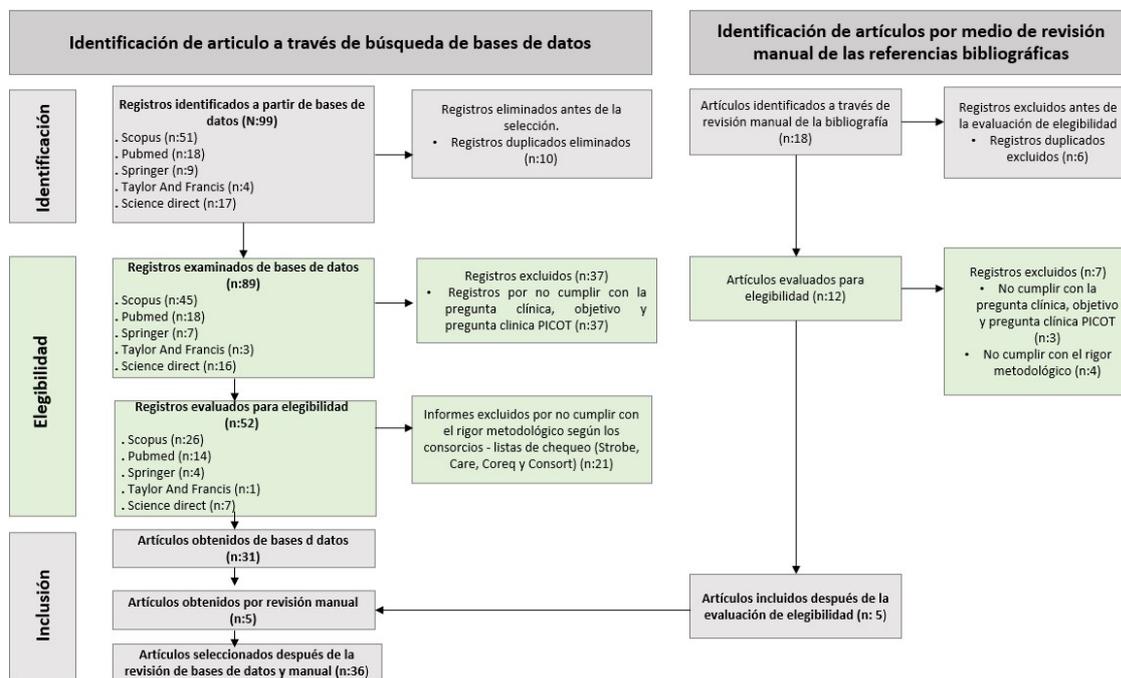
Tabla 1. Sintaxis de términos controlados y ecuaciones de búsqueda

Bases de datos	Términos controlados	Ecuación de búsqueda
PubMed	"Gestantes", "Factores de riesgo",	("Gestantes" AND "factores de riesgo" AND "trastornos mentales")
Scopus	"Trastornos mentales"	
Springer	"Pregnant", "Risk factor", "Mental Disorder"	("Pregnant" AND "Risk factor" AND "Mental Disorder");
Science Direct	"Grávida", "Fatores de risco",	
Medline Plus	"Desordem Mental"	
Taylor and Francis Group		("Grávida" AND "Fatores de risco" AND "Desordem Mental")

Fuente: elaboración propia de los autores

Para la selección de los artículos, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: estudios que identificaron y describieron los factores de riesgo modificables para el desarrollo de trastornos mentales en la mujer embarazada publicados en español, inglés y portugués. Los criterios de exclusión fueron: cartas al editor, resúmenes de conferencias, capítulos de libros, revisiones y estudios ejecutados en otras fases del cuidado de la mujer (etapa postparto). La búsqueda de la literatura se llevó a cabo en las siguientes tres fases: de identificación, elegibilidad e inclusión de la evidencia científica (Figura 1).

Figura 1 Fases de revisión integradora de literatura (PRISMA)



La evaluación de los artículos se realizó mediante el empleo de la ecuación lógica 'regla de tres simple', con la cual se permitió que cada ítem de las listas de chequeo contara con igualdad en la calificación. Se estableció que, para que un artículo cumpliera con el rigor metodológico, este debía cumplir con un 70% de los ítems de la lista de chequeo que se empleó para la evaluación. Finalmente, la fase tres constó en la elaboración de una plantilla donde se detalló el contenido del estudio (título, autor, año de publicación, metodología, objetivo y resultados principales).

El plan de análisis siguió las recomendaciones del análisis de contenido de Laurence Bardin²⁹. Este comprendió tres pasos, los primeros dos de manera individual y el último de manera grupal. La primera fase de preanálisis incluyó la lectura superficial y a profundidad de las piezas de información para extraer, a través del método deductivo, los enunciados que respondieron al objetivo de la revisión; posteriormente, en la fase de explotación del material, se estableció la frecuencia de aparición en la literatura (FAL) y se reunió en categorías de similitud. Luego, en la fase de tratamiento de los resultados e interpretación, los investigadores compartieron de forma grupal los hallazgos, categorías y la FAL; las diferencias fueron resueltas a través del diálogo y la argumentación. Finalmente, se generó una diagramación y un texto en prosa para explicar los resultados; este proceso se realizó de manera manual a través de tablas construidas en Excel.

RESULTADOS

Inicialmente, se identificaron 99 estudios tras la búsqueda en bases de datos y 36 de estos se incluyeron en el análisis final. Los estudios fueron desarrollados por autores de distintas disciplinas (Medicina: 38,9%; Psicología: 33,3%; Psiquiatría: 19,4% y Epidemiología: 8,4%). Las investigaciones, en su metodología, son: estudios descriptivos transversales (75%), prospectivos (19,4%) y observacionales (5,6%). El 33,34% de las publicaciones se realizaron en el continente de América (Estados Unidos: 22,22%; Brasil: 5,56%; Canadá 2,78% y Colombia: 2,78%), el 25% en Asia (Turquía: 11,11%; China: 8,33%; India 2,78% y Corea: 2,78%), el 22,22% en Europa (Suecia: 8,33%; Reino Unido: 5,56%; Bélgica 2,78%; Finlandia 2,78% e Italia: 2,78%), en menor proporción, en África el 16,66% (Sudáfrica 5,56%; Tanzania 2,78%; Nigeria 2,78% y Etiopía 5,56%) y en Oceanía el 2,78%.

El 100% de la población correspondió a mujeres embarazadas que se encontraban entre los 25 a 35 años de edad. El 25% de los artículos se realizaron con gestantes que estaban entre las 20 a 30 semanas y el 75% con mujeres que estaban entre las 31 a 40 semanas de gestación, lo cual comprende el segundo y tercer trimestre gestacional. La tendencia de publicación en la temática de factores de riesgo modificables en gestantes reflejó que, en los últimos cinco años, se presentó un incremento en publicaciones (2017: 11,1%, 2018: 8,3%, 2019: 11,1%, 2020: 22,2% y 2021: 25%); en comparación al marco de tiempo entre el 2006 al 2016, en el que se publicó un artículo por año (16,7%), a excepción del

2011 en el que se publicaron dos artículos (5,6%). Lo anterior, permite concluir que el pico de publicaciones en los últimos años demuestra un interés creciente en la salud mental de las maternas. En la Tabla 2 se presenta una síntesis de los artículos incluidos en la revisión.

Tabla 2. Síntesis de los artículos incluidos en la revisión integradora

Título	Método	Principales hallazgos
Sleep Disturbances in Depressed and Non-Depressed Pregnant Women. Okun, M. 2011. Suecia ³⁰	Estudio descriptivo prospectivo.	Las mujeres embarazadas con depresión que se encontraban entre las 20 y 30 semanas de gestación presentaron mayores alteraciones del sueño que las gestantes que no estaban diagnosticadas con problemas depresivos.
Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID-19 pandemic. Akgor, U. 2021. Turkia ³¹ .	Estudio descriptivo prospectivo.	El miedo a la infección del feto durante el parto reveló que la edad avanzada y tener ansiedad eran los únicos factores de riesgo significativos. Se debe dar prioridad a la comunicación y a tranquilizar a las pacientes en su atención prenatal rutinaria para evitar el aumento de los niveles de ansiedad e incluso de depresión.
The Effect of COVID-19 Pandemic and Social Restrictions on Depression Rates and Maternal Attachment in Immediate Postpartum Women: a Preliminary Study. Oskovi, A. 2020. Turkia ³² .	Estudio descriptivo observacional.	Un aspecto que influye considerablemente en el desarrollo de depresión en mujeres embarazadas es la falta de asistencia a controles prenatales, de ahí que aproximadamente el 14,7% de las gestantes tengan mayor probabilidad de desarrollar depresión posparto.
Pregnant migrant and refugee women's perceptions of mental illness on the Thai Myanmar border: a qualitative study. Fellmeth, G. 2015. Estados Unidos ³³ .	Estudio descriptivo observacional, transversal.	Los síntomas de la enfermedad mental incluían alteraciones emocionales (ansiedad, ira y estrés), síntomas somáticos (cefalea, pérdida de apetito) y comportamiento socialmente inapropiado (descortesía, agresividad, conductas adictivas). Las principales causas de depresión se describieron como dificultades económicas y familiares actuales. El suicidio se atribuyó con frecuencia a la vergüenza de un embarazo no deseado. Las enfermedades mentales son más frecuentes durante y después del embarazo debido a la falta de apoyo familiar y a las preocupaciones por el futuro.
Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. Liu, S. 2017. China ³⁴ .	Estudio descriptivo observacional, transversal.	La proporción de depresión materna fue del 6,7%. Aspectos como: la edad materna y los trastornos hipertensivos gestacionales tuvieron efectos directos e indirectos sobre la depresión.
Perinatal depressive symptoms among low-income South African women at risk of depression: trajectories and predictors. Garman, E. 2019. Sur África ³⁵ .	Estudio descriptivo, transversal.	Aspectos como el tabaquismo, embarazo no planificado, nivel educativo, actividad laboral, otra enfermedad, se asociaron directamente con el desarrollo de trastornos mentales.
Early detection of mental illness for women suffering high risk pregnancies: an explorative study on self-perceived burden during pregnancy and early postpartum depressive symptoms among Chinese women hospitalized with threatened preterm labour. Ni, Q. 2020. Finlandia ³⁶ .	Estudio descriptivo observacional, transversal.	La prevalencia de la depresión prenatal fue del 21,5%. Edad de 20-30 años, embarazo no planificado, estrés, antecedentes de aborto, el escaso apoyo social y el escaso apoyo del padre del bebé se asociaron significativamente con la depresión prenatal.
Depression among pregnant women and associated factors in Hawassa city, Ethiopia: an institution-based cross-sectional study. Duko, B., 2019. Ethiopia ³⁷ .	Estudio descriptivo observacional, transversal.	La prevalencia de síntomas depresivos mayores fue del 15% en las embarazadas y del 13% en la de lactantes. Los síntomas de ansiedad se encontraron entre el 11% y el 10% de las mujeres embarazadas y lactantes. Los factores de riesgo asociados a la mala salud mental incluían, fumar, tener un embarazo no planificado, la situación profesional.

<p>Mental disorders and risk factors among pregnant women with depressive symptoms in Sweden: A case control study. Lilliecreutz, C. 2019. Suecia³⁸.</p>	<p>Estudio descriptivo prospectivo</p>	<p>El 85% de las mujeres tenía al menos un trastorno mental o un factor de riesgo de trastorno mental, como depresión (36,0%), ansiedad (14,8%) o miedo grave al parto (20,8%). Las mujeres con resultado positivo eran más a menudo fumadoras (16,1%), desempleadas (19,9%) o estaban de baja por enfermedad (25,3%) durante el embarazo y utilizaban más a menudo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina durante el embarazo (14,2%). Entre las mujeres negativas solo tres (2%) presentaron síntomas de depresión durante el embarazo.</p>
<p>Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID 19 pandemic: A multinational cross-sectional study. Ceulemans, M. 2020. Bélgica³⁹.</p>	<p>Estudio descriptivo prospectivo</p>	<p>La prevalencia de síntomas depresivos mayores fue del 15% en las embarazadas y del 13% en las lactantes. Los síntomas de ansiedad generalizada de moderada a grave se encontraron entre el 11% y el 10% de las mujeres embarazadas y lactantes. Los factores de riesgo asociados a la mala salud mental incluían tener una enfermedad mental crónica, una enfermedad somática crónica en el período posparto, fumar, tener un embarazo no planificado, la situación profesional.</p>
<p>Prevalence of depression symptoms and its influencing factors among pregnant women in late pregnancy in urban areas of Hengyang City, Hunan Province, China: a cross sectional study. Yu, Y. 2020. China⁴⁰.</p>	<p>Estudio descriptivo prospectivo</p>	<p>La prevalencia de síntomas de depresión entre las mujeres embarazadas al final del embarazo fue del 9,2%. Factor de protección: edad entre 25 y 29 años. Factores de riesgo: relación anormal con la suegra, inseminación artificial, no hacer ejercicio durante el embarazo, baja autoeficacia, bajo apoyo social, mala calidad del sueño, existencia de síntomas de ansiedad.</p>
<p>Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. Hartmann, J. 2017. Brazil⁴¹.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>El 14% de las mujeres fueron identificadas con depresión. Factores como la depresión previa, la tristeza en el último trimestre del embarazo y los antecedentes familiares de depresión se asociaron a un mayor riesgo de depresión, así como el hecho de ser más joven. El apoyo social proporcionado a las embarazadas por el equipo sanitario fue un importante factor de protección, reduciendo la prevalencia de la depresión hasta en un 23%.</p>
<p>Screening for Mental Health Disorders among Pregnant Women Availing Antenatal Care at a Government Maternity Hospital in Bengaluru City. Johnson, A. 2018. India⁴².</p>	<p>Estudio descriptivo prospectivo</p>	<p>El 3,8% de todas las mujeres dieron positivo en depresión, y el 15,4% mostraron síntomas depresivos. En general, el 39,4% tenían la presencia de uno o más síntomas psicológicos, incluyendo fatiga, irritabilidad, ansiedad y problemas de sueño y concentración. Los factores asociados a la presencia de morbilidad mental anteparto incluían una mala relación con su cónyuge, una relación pobre/satisfactoria con sus hermanos o suegros, así como el deseo de tener un hijo varón.</p>
<p>Prevalence and Correlates of Suicide Ideation and Attempt among Pregnant Women Attending Antenatal Care Services at Public Hospitals in Southern Ethiopia. Belete, K. 2021. Ethiopia⁴³.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>La prevalencia de ideación e intento de suicidio entre las mujeres embarazadas fue del 11,8% y del 2,7%, respectivamente. El embarazo no planificado, el escaso apoyo social, los trastornos mentales comunes y la ideación suicida a lo largo de la vida fueron factores significativamente asociados con la ideación suicida. El apoyo social fue el único factor correlacionado con el intento de suicidio entre las madres embarazadas.</p>

<p>Experiences of intimate partner and neighborhood violence and their association with mental health in pregnant women. Barcelona, V. 2018. Estados Unidos⁴⁴.</p>	<p>Estudio descriptivo prospectivo.</p>	<p>Las mujeres que experimentaron altos niveles de violencia por parte de su pareja y de violencia percibida en el vecindario tenían mayores probabilidades de sufrir depresión en los modelos individuales. Las experiencias de violencia acumulada ponderada (de la pareja y del vecindario) también se asociaron con mayores probabilidades de tener una depresión probable en comparación con las de baja violencia.</p>
<p>Sleep moderates and mediates the relationship between acculturation and depressive symptoms in pregnant Mexican American women. Hernández, K., 2016. Estados Unidos⁴⁵.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>El análisis de moderación indicó que las mujeres más aculturadas, que tardaban más en dormirse presentaban mayores síntomas depresivos. La sensación de descanso al despertar también midió la relación entre el aumento de la culturización y los elevados síntomas depresivos maternos.</p>
<p>Childhood Physical and Sexual Abuse Experiences Associated with Post Traumatic Stress Disorder among Pregnant Women. Sánchez, S. 2017. Estados Unidos⁴⁶.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>Las mujeres que no sufrieron abusos en la infancia tienen menos probabilidades de padecer trastornos mentales que las mujeres que informaron de abusos físicos, abusos sexuales, y abusos físicos y sexuales. El análisis de mediación mostró que el 13% de la asociación entre abuso infantil y trastornos de estrés estaba mediada por la violencia de pareja.</p>
<p>Addressing Psychosocial Vulnerabilities Through Antenatal Care—Depression, Suicidal Ideation, and Behavior: A Study Among Urban Sri Lankan Women. Palfreyman, A. 2021. Australia⁴⁷.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>La prevalencia de sintomatología depresiva prenatal fue de 29,6%. Una de cada cuatro mujeres informó comportamientos suicidas. La exposición a la violencia de pareja y comportamiento suicida a lo largo de la vida fueron los correlatos más fuertes de los resultados de la depresión y del comportamiento durante el embarazo actual.</p>
<p>Cluster Analysis of the Combined Association of Sleep and Physical Activity with Healthy Behavior and Psychological Health in Pregnant Women. Lee, H. 2021. Korea⁴⁸.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>Se identificaron tres grupos: "buen durmiente" (63,4%), "mal durmiente" (24,6%) y "poca actividad" (12,0%). Las mujeres del grupo de las que duermen bien tenían más probabilidades de tener niveles de educación e ingresos más altos y declararon tener más comportamientos saludables antes del embarazo. Los grupos de "malas durmientes" y "baja actividad" tenían más probabilidades de reportar puntuaciones más altas en síntomas depresivos y estrés del embarazo.</p>
<p>Associations between pre-pregnancy psychosocial risk factors and infant outcomes: a population-based cohort study in England. Harron, K. 2020. London⁴⁹.</p>	<p>Estudio descriptivo prospectivo.</p>	<p>Los bebés nacidos de madres con condiciones de salud mental tenían 124g menos que los nacidos de madres sin estos problemas tuvieron un ingreso no planificado por lesión y hubo, además, más muertes. Los problemas mentales tienen efectos adversos a largo plazo para los niños.</p>
<p>Perinatal depressive symptoms often start in the prenatal rather than postpartum period: results from a longitudinal study. Wilcox, M. 2021. Estados Unidos⁵⁰.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>La prevalencia de depresión aumentó hasta el 16% en el tercer trimestre. Entre los casos incidentes, el 80% se produjo durante el embarazo y 1/3 se produjo en el primer trimestre. La mayoría de los síntomas depresivos incidentes se producen durante el embarazo y no después.</p>
<p>Prevalence of maternal antenatal and depression and their association with sociodemographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy. Cena, L. 2021. Italia⁵⁰.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>La prevalencia de la depresión perinatal fue del 6,4% durante el embarazo y del 19,9% en el periodo postnatal. El estatus económico alto se asoció con una reducción aproximada de cinco veces en las probabilidades de depresión en el periodo prenatal y aproximadamente una reducción de seis veces en el periodo postnatal.</p>

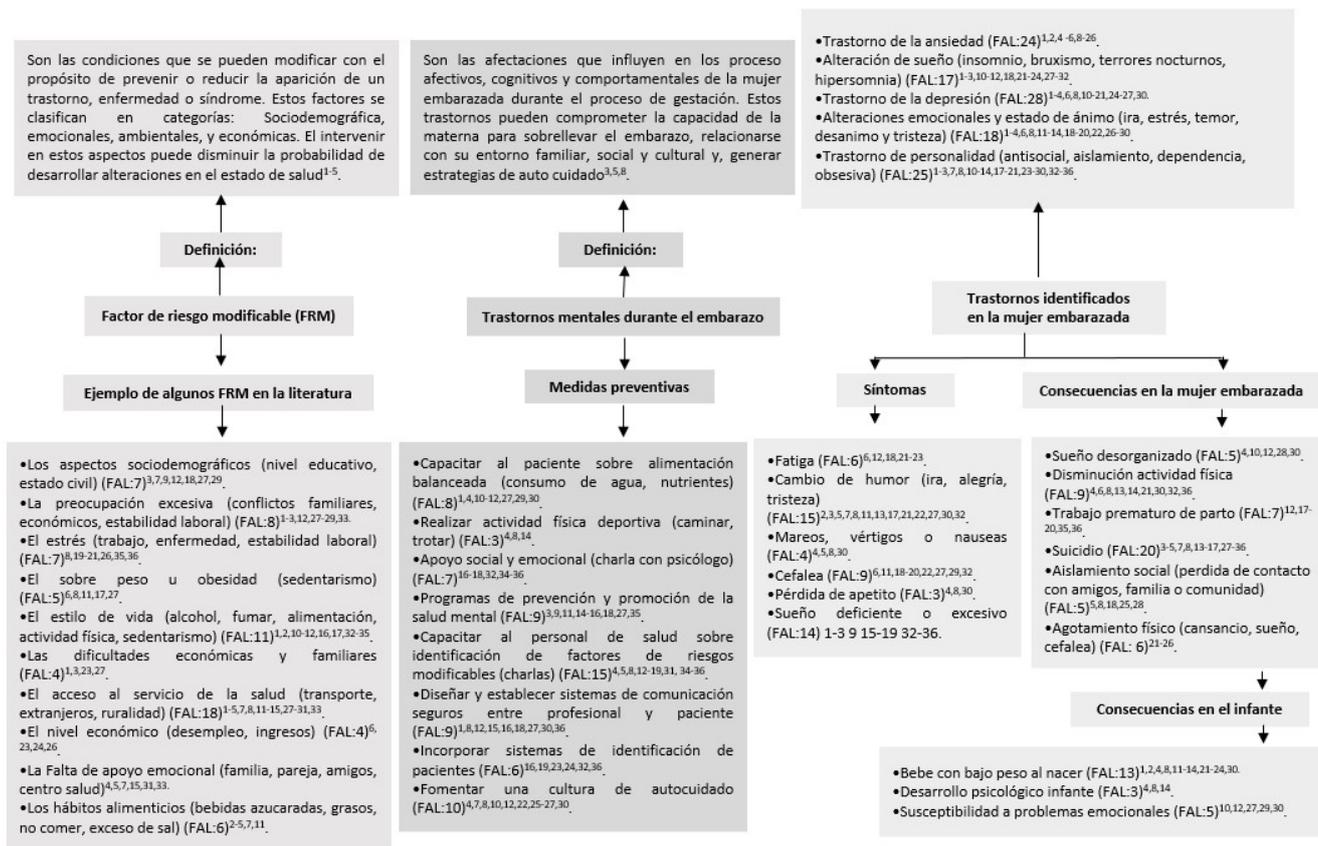
<p>Mental health among pregnant women with COVID-19-related stressors and worries in the United States. Liu, J. 2020. Estados Unidos⁵¹.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>La prevalencia de resultados de salud mental adversos fue del 36% para la depresión probable, el 20% para los pensamientos de autolesión y el 22% para la ansiedad. La depresión fue más frecuente entre las mujeres que cancelaron o redujeron las citas médicas. Las mujeres eran más propensas a tener peores resultados de salud mental si expresaban preocupación por conseguir apoyo financiero o emocional/social, por su embarazo o por su familia o amigos</p>
<p>Prevalence and associated risk factors of antenatal depression among Brazilian pregnant women: A population-based study. Faisal, A. 2021. Brazil⁵².</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>Las siguientes variables se asociaron con un mayor riesgo de trastornos mentales: un título de escuela primaria, un color de piel no blanco y vivir solo.</p>
<p>Profiles of women participating in an internet-based prenatal mental health platform (HOPE – Healthy Outcomes of Prenatal and Postnatal Experiences). Bright, K. 2021. Canadá⁵³.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>El 57,6% de las mujeres tenían puntuaciones de riesgo de salud mental clínicamente significativas. El 24,3% de las mujeres tenían probable depresión menor y se notificaron niveles de ansiedad de leves a moderados en el 23,2% de las mujeres. El 12,5% de las mujeres notificaron trastorno límite de la personalidad.</p>
<p>Prevalence and associated risk factors of insomnia among pregnant women in China. Wang, W. 2020. China⁵⁴.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>El 20% de las embarazadas cumplían los criterios diagnósticos estrictos de insomnio. Los factores de riesgo estaban correlacionados con la influencia de la pareja de cama, los síntomas depresivos, la somnolencia diurna, el malestar somático subjetivo, los tipos de malestar somático y la gestación tardía.</p>
<p>The magnitude and determinants of antepartum depression among women attending antenatal clinic at a tertiary hospital, in Mwanza Tanzania: a cross sectional study. Mwita, M. 2020. Tanzania⁵⁵.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>La prevalencia global de la depresión fue del 15%, con una edad media de la pareja (31-40 años), haber estado casada, un alto nivel de educación y el apoyo de la pareja y la familia como factores estadísticos de protección para la depresión; mientras que la poligamia y la violencia de la pareja fueron factores estadísticos de riesgo para la depresión.</p>
<p>Positive screening rates for bipolar disorder in pregnant and postpartum women and associated risk factors. Masters, G. 2019. Estados Unidos⁵⁶.</p>	<p>Estudio descriptivo observacional, transversal.</p>	<p>El 18,8% dio positivo para el trastorno bipolar. La prevalencia de exámenes de detección de consumo de sustancias y 3,4 veces informaron sentirse que no estaban recibiendo ayuda psiquiátrica adecuada. El 61,3% con síntomas bipolares preexistentes informaron haber recibido atención psiquiátrica recientemente.</p>
<p>Common mental disorders and intimate partner violence against pregnant women living with HIV in Cameroon: a cross-sectional analysis. Parcesepe, A. 2021. Estados Unidos⁵⁷.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>El 42% de los participantes tenían probabilidades de sufrir trastornos mentales y se asociaron significativamente con haber sufrido episodios de abuso emocional, físico y sexuales.</p>
<p>Factors associated with antenatal mental disorder in West Africa: A cross sectional survey. Ola, B. 2011. London⁵⁸.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>El 7% cumplía los criterios para experimentar un trastorno mental común. El número de hijas y la presencia de violencia interpersonal predijeron ser un caso de enfermedad mental.</p>
<p>Prevalence of mood and anxiety disorders during pregnancy: A case control study with a large sample size. Uguz, F. 2018. Turkia⁵⁹.</p>	<p>Estudio descriptivo, transversal.</p>	<p>Los antecedentes de trastornos psiquiátricos, las experiencias traumáticas interpersonales pasadas y el hecho de sentirse presionada para tener un hijo se asociaron con el trastorno mental. La proporción de mujeres con trastorno del estado de ánimo más trastorno de ansiedad durante el embarazo fue del 4,6%.</p>

Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow up study. Andersson, L. 2010. Sur África ⁶⁰ .	Estudio descriptivo, transversal.	La tasa de prevalencia de cualquier trastorno del estado de ánimo o de ansiedad fue del 18,2% durante el embarazo. El trastorno de ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo y el pánico fueron más prevalentes durante el embarazo. Aspectos como problemas de salud mental, inseguridad alimentaria, embarazo no planificado, pérdida de embarazo y experiencia de eventos de vida amenazantes aumentan el riesgo de enfermedades mentales. El aumento percibido del apoyo social pareció reducir el riesgo de ansiedad prenatal.
Anxiety disorders among Nigerian women in late pregnancy: a controlled study. Adewuya, A. 2006. Turkia ⁶¹ .	Estudio descriptivo, transversal.	La prevalencia de la depresión posparto fue de 12,9 %, siendo mayor en zonas urbanas 15,1 % que en zonas rurales 6,8 %, y en mujeres de 20 a 34 años 13,4 %.
Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistidas al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). Borda, M. 2013. Colombia ⁶² .	Estudio descriptivo, transversal.	La depresión y/o la ansiedad prevalecieron en el 16,5% de las mujeres en periodo posparto frente al 29,2% de las mujeres embarazadas. Las siguientes variables eran predictivas de depresión posparto: depresión durante el embarazo tanto en el segundo como en el tercer trimestre: número de hijos, religión y uso de fórmula para la alimentación.
Prevalence and predictors of anxiety disorders amongst low-income pregnant women in urban South Africa: a cross-sectional study. Van Heyningen, T. 2017. Nigeria ⁶³ .	Estudio descriptivo, transversal.	Los predictores de un bajo nivel de bienestar en las mujeres embarazadas son: El embarazo no planificado y no deseado, experiencias de eventos vitales amenazantes, antecedentes de problemas de salud mental. Se evidenció que al aumentar el apoyo social a las mujeres durante esta etapa reduce y/o disminuye el riesgo de sufrir ansiedad durante la gestación o periodo prenatal.
The prevalence of panic disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. Guler, O. 2008. Colombia ⁶⁴ .	Estudio descriptivo, transversal.	Correlación significativa entre la gestación y la depresión, la ansiedad y las puntuaciones de sueño defectuosas. La depresión fue de 19,2%. Los factores de riesgo, con tendencia a la asociación, fueron: historia de aborto anterior, algún grado de disfunción familiar y actividad fuera del hogar

Fuente: elaboración propia de los autores

En la Figura 2 se explican los factores de riesgo modificables más reportados en la literatura; algunos de ellos son: los estilos de vida, acceso al sistema de salud y aspectos sociocultural-económico-familiares de las gestantes. En esta se rescatan los trastornos mentales más frecuentes y las medidas preventivas que el personal sanitario puede implementar en su práctica profesional. El proceso de análisis de la evidencia también permitió identificar las consecuencias en la salud de la mujer embarazada y del infante. La construcción de esta figura facilitó la identificación de las respuestas o necesidades humanas (trastornos, síntomas y consecuencias) fruto de esos factores de riesgo que permitieran la creación de un plan de intervención en enfermería. En la Tabla 3 se relaciona el proceso de atención de enfermería para el cuidado de la materna con FRM identificados durante la gestación.

Figura 2. Factores de riesgo modificables influyentes en la generación de trastornos mentales en mujeres embarazadas



Fuente: elaboración propia de los autores

En resumen, la salud mental puede cambiar y ser influenciada por factores de riesgo modificables debido a que existen situaciones que pueden agotar y/o abrumar a la gestante, lo que repercute en su capacidad de procesamiento y respuesta. Al enfrentar un cambio en aspectos propios de la vida, como asumir un nuevo rol, conlleva a que la materna deba generar mecanismos saludables de aceptación del embarazo y cambios en el estilo de vida; si no se interviene en estos aspectos, puede generarse consecuencias como: sentimientos de inseguridad, desesperanza, abatimiento, infelicidad, pérdida de interés y la incapacidad para disfrutar actividades cotidianas.

Tabla 3. Proceso de atención de enfermería

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA NANDA-NOC Y NIC					
Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)					
Dominio 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés Clase2 Respuestas de afrontamiento Código de diagnóstico 00146	RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALA(S) DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
				MANTENER	AUMENTAR
ETIQUETA: Ansiedad R/C Habilidades familiares inadecuadas para la resolución de problemas, pocas estrategias de afrontamiento y cambios en la situación económica E/P temor, preocupación, cambio en el patrón del sueño, incertidumbre, irritabilidad y angustia.	Clase: Bienestar psicológico de la mujer embarazada Dominio: Salud psicosocial de la mujer embarazada Resultado: nivel de ansiedad de la mujer embarazada	1.Inquietud (evidenciado por el temblor en pies y manos) 2.Trastornos del sueño (no conciliar el sueño durante la noche o en algunas horas del día) 3.Irritabilidad (cambios de humor)	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	3	4
				3	4
				3	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFRERMERÍA (NIC)					
CLASE Ayuda para el afrontamiento		CAMPO Conductual		CLASE Ayuda para el afrontamiento	
		CAMPO Conductual			
INTERVENCIÓN CÓDIGO: 5820 INTERVENCIÓN: Disminución de la ansiedad DEFINICIÓN: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto. Actividades 1.Permanecer con la paciente embarazada para promover la seguridad y reducir el miedo. 2.Animar a la familia a permanecer con el paciente y a adquirir habilidades de afrontamiento para la resolución de problemas (intervenciones donde se muestren los impactos negativos que trae consigo el poco apego familiar durante el embarazo y derivándolos a interconsulta con trabajo social o psicología.)				INTERVENCIÓN CÓDIGO: 5440 INTERVENCIÓN: Aumentar los sistemas de apoyo DEFINICIÓN: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad. 1.Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. 2.Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. 3.Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados 4.Determinar los puntos fuertes y débiles de los recursos comunitarios y aconsejar los cambios cuando sean apropiados.	

Fuente: elaboración propia de los autores

RESULTADOS

Los factores de riesgos modificables más frecuentes identificados en el marco de este estudio fueron aquellos que están relacionados con el estilo de vida, el acceso al servicio a la salud y la preocupación excesiva por parte de la materna^{6,19,65}; frente a lo anterior, Austin¹⁰, Biaggi et al.¹², Ceulemans et al.³⁹, Duko et al.³⁷, Hartmann et al.⁴¹, Marín et al.²⁴, Osma et al.⁷ y Yu et al.⁴⁰ señalan que dichos FRM influyen negativamente en la integridad de las mujeres gestantes y de los neonatos. Del mismo modo, las deudas, el desempleo, la dependencia económica, etc., ocasionan una preocupación desmesurada, lo cual incide en un 79% en el desarrollo de patologías como el trastorno de sueño y la depresión.

Adicionalmente, autores como Carvajal et al.⁶⁶ y Liu et al.³⁴ refieren que las preocupaciones, la falta de ingresos económicos, las malas relaciones sociales y la incertidumbre durante el embarazo incrementan de tres a cuatro veces el riesgo de ocasionar episodios de migraña y sensación de confusión (6,89%). Por otro lado, Flores et al.⁶ y Roncallo et al.²² revelan que el nivel de preparación académica también es un factor positivo de influencia para el desarrollo de los trastornos mentales; mientras que las gestantes, al disponer de una preparación técnica, tecnológica y/o profesional, serán más conscientes sobre las amenazas y las consecuencias de enfermedades como los trastornos de ansiedad, trastorno del estado de ánimo, trastorno depresivo, entre otros; lo cual genera cambios en el comportamiento y la toma de decisiones en la gestante.

En la literatura, se evidenció que las patologías mentales más frecuentes y relacionadas con los factores de riesgo modificables son: los trastornos de depresión, de personalidad y de ansiedad^{3,14,16,21,25}; por ello, Belete et al.⁴³, Garman et al.³⁵, Kornfiel et al.⁶⁷, Okun et al.³⁰, Sammallahti et al.⁶⁸, Van et al.⁶⁹ y Yu et al.⁴⁰ manifiestan que la depresión contribuye al desarrollo de los trastornos de la personalidad y de la ansiedad; en consecuencia, entre el 10% y el 25% de las maternas que presentan síntomas depresivos, por ejemplo, problemas de comportamiento, cambios constantes de sentimientos como: tristeza, sentirse sin valor y sin esperanza, etc., experimentan mayor ansiedad y peor calidad del sueño^{3,7,10,11,21}.

De igual forma, autores como Belete et al.⁴³, Garman et al.³⁵, Okun et al.³⁰ y Yu et al.⁴⁰ confirman que los problemas de salud mental, antes y después del parto, son motivo de preocupación para la salud pública dadas las implicaciones para la madre y el niño; más aún cuando los trastornos de salud mental se encuentran correlacionados, como es el caso de la ansiedad y la depresión. Es por ello que la depresión es una de las tres enfermedades mentales más diagnosticadas en el mundo, con alta incidencia en el periodo perinatal, lo cual genera un estado de inhibición integral que socava la voluntad para generar acciones de autocuidado y cuidado del recién nacido.

Por otro lado, la ansiedad ocasiona un estado de alerta continua a una amenaza percibida por la materna, lo que le imposibilita razonar y tomar decisiones congruentes con su estado de salud. Ambas enfermedades se encuentran asociadas con los FRM identificados en esta revisión, motivo por el cual intervenir en una de ellas puede beneficiar a la resolución de la otra.

Ahora bien, Barcelona et al.⁴⁴, Belete et al.⁴³, D'Anna et al.⁴⁵, Johnson et al.⁴², Ni et al.³⁶ y Woldetsadik et al.⁷⁰ corroboran que los cambios de humor, el sueño deficiente y/o excesivo y las cefaleas son los principales síntomas referidos por la materna en la consulta prenatal. Sin embargo, también refieren que las gestantes experimentan con mayor frecuencia anhedonia, debilidad física y/o cansancio fácil y, en menor proporción, sensaciones incómodas en el estómago. En la literatura, sobresalen síntomas de alarma como la pérdida de peso progresiva cuando no se tiene un plan nutricional, por ende, no solo afectará a la madre sino al binomio. Este síntoma está ligado con la disminución de energía o fatiga que, a su vez, contribuye a la disminución del pensamiento y/o concentración, lo que causa angustia⁶¹⁻⁶⁴.

Como se mencionó anteriormente, el padecer patologías mentales ocasiona efectos en las embarazadas; al respecto, Cattane et al.⁷¹, Friedman et al.⁷², Jami et al.⁷³, Lilliecreutz et al.³⁸ y Zhang et al.⁷⁴, en sus reportes, mencionan un mayor riesgo de desarrollar trastornos hipertensivos, preeclampsia y abrupción de placenta como patologías que también pueden alcanzar al feto o al recién nacido. Alonso⁷⁵, Carrillo et al.⁷⁶ y Pérez et al.⁵ insisten en que los niños cuyas madres han presentado alteraciones mentales durante la gestación y el posparto tienen mayor susceptibilidad a los problemas emocionales y de comportamiento durante su infancia y adolescencia⁴⁴⁻⁴⁷.

Lee et al.⁴⁸, Sánchez et al.⁴⁶ y Guler et al.⁶⁴ exponen que la creación de grupos en línea para la atención de inquietudes y temores, y la incorporación de profesionales con experiencia en salud mental en la atención prenatal son actividades que pueden beneficiar a las mujeres embarazadas con riesgo de desarrollar problemas mentales. Adicionalmente, Langan et al.⁷⁷, Vadini et al.⁷⁸ y Salehi et al.⁷⁹ recalcan que, para la mitigación de la presencia de los trastornos en gestantes, es necesario que las instituciones de salud capaciten, a nivel de licenciatura y en actividades de educación continua, al profesional para brindar cuidados coherentes a las necesidades de la materna y según el nivel de atención; lo cual proporcionaría a la mujer el apoyo que necesita y se influiría en la prevención o adherencia del tratamiento médico⁴⁵⁻⁴⁸.

CONCLUSIONES

El análisis de la literatura en torno a los factores de riesgos modificables asociados con los trastornos mentales en gestantes refleja que el estilo de vida, el acceso a los servicios de salud y la preocupación excesiva por situaciones económicas, familiares y sociales hacen parte de una constelación de elementos que confluyen para la manifestación de síntomas y signos emocionales y físicos en las maternas; por ejemplo: cambios de humor, alteraciones de sueño, cefaleas, etc. Algunos de estos son referidos en la consulta prenatal, pero son intrascendentes para el ojo clínico no entrenado en ellos; por este motivo, su conocimiento y difusión en el ambiente sanitario representa una oportunidad para su vinculación en los aspectos a indagar en la consulta preconcepcional y en la caracterización de riesgo de la gestante (sugerencia para el personal de salud en las instituciones sanitarias). Es imperioso profundizar, a través de estudios de casos y de control, el impacto de cada uno de estos factores de manera individual y grupal. Por otro lado, en la docencia en enfermería, representa una oportunidad para enseñar a los estudiantes a articular cada uno de los FRM a un concepto y/o premisa que apliquen a una o varias teorías de enfermería sobre la salud de la mujer y el embarazo; por ejemplo: la teoría de las transiciones, la teoría del autocuidado, la teoría de los cuidados de Swanson, el modelo de las necesidades de Henderson, incluso ofrecería una oportunidad para desarrollar una variante en la teoría de Ramona Mercer (adopción del rol maternal) que se enfoque en responder a las necesidades y respuestas humanas de este proceso de vida de la pareja. Asimismo, en la práctica clínica, permitiría al profesional de enfermería estar atento a los FRM más frecuentes o de mayor riesgo en la mujer en etapa reproductiva o interesada en quedar en embarazo, para acompañarla de cerca y reenfocar sus cuidados.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Mojica-Perilla M, Parra-Villa Y, Osma Zambrano SE. Tamización de síntomas de depresión, ansiedad prenatal y factores de riesgo psicosocial asociados en usuarias del servicio de control prenatal. Reflexiones en torno a la construcción del protocolo. *MedUNAB* [Internet] 2019 [citado el 2 Mar 2022];22(3):341-55. DOI: 10.29375/01237047.2867
2. 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*. BioMed Central Ltd. [Internet] 2014 [citado el 2 Mar 2022];15(1). DOI: 10.1186/1745-6215-15-72
3. Atif N, Lovell K, Rahman A. Maternal mental health: The missing “m” in the global maternal and child health agenda. *Semin Perinatol*. *Semin Perinatol* [Internet] 2015 [citado el 2 Mar 2022];39(5):345-52. DOI: 10.1053/j.semperi.2015.06.007
4. García A. Una de cada 5 mujeres sufre problemas de salud mental durante la maternidad: “Si no se trata, se puede cronificar.” *Nius Diario*. Barcelona [Revista en Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022]; Disponible: <https://bit.ly/3H3JLub>
5. Pérez D, Rodríguez M, Rodríguez A. Prevalencia de trastorno mental en embarazadas. *Arch méd Camagüey* [Internet]. 2020 [citado el 26 Feb 2022];24(4):503-11. Disponible: <https://bit.ly/3sqzx31>
6. Flores-Ramos M. La salud mental en la mujer embarazada, Perinatología y reproducción humana. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2013 [citado el 26 Feb 2022];27(3):143-4. Disponible: <https://bit.ly/3M834Gz>
7. 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* [Internet] 2019 [citado el 2 Mar 2022];22(2):171-85. DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3586>
8. Guimaraes F, da Silva F, Ben A, Rolim V, de Sousa G, Albuquerque J. Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Enfermería Global* [Internet] 2019 [citado el 26 Feb 2022];18(53):499-510. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>
9. RC Psych [Internet]. Royal College of Pyschiatrists. Mental Health in Pregnancy; 2021 [citado el 26 Feb 2022]. Disponible: <https://bit.ly/34TACYg>
10. Austin M, Hight. 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 - Resources - Promote and practice - Australian Indigenous HealthInfoNet. Guidelines Expert Advisory Committee [Internet]. 2011 [citado el 2 Mar 2022]; Disponible: <https://bit.ly/3vyn4fK>
11. Austin MP. Clinical Practice Guidelines. Depression and related disorders-anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis-in the perinatal period [Internet]. Beyondblue. Australia; 2011. Disponible: <https://bit.ly/3IHWAfo>
12. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet] 2016 [citado el 2 Mar 2022];191:62-77. Disponible: <https://bit.ly/3pBWfn3>. DOI: 10.1016/j.jad.2015.11.014
13. Martínez J, Jácome N. Depresión en el embarazo. *Revista colombiana de psiquiatría* [Internet]. 2019 [citado el 2 Mar 2022];48(1):58-65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>
14. Serpeloni F, Radtke K, de Assis SG, Henning F, Nätt D, Elbert T. Grandmaternal stress during pregnancy and DNA methylation of the third generation: an epigenome-wide association study. *Translational Psychiatry* 2017 7:8. Nature Publishing Group [Internet] 2017 [citado el 30 Mar 2022];7(8):e1202-e1202. DOI: <https://doi.org/10.1038/tp.2017.153>
15. Viuff AC, Sharp GC, Rai D, Henriksen TB, Pedersen LH, Kyng KJ, et al. Maternal depression during pregnancy and cord blood DNA methylation: findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Translational Psychiatry* 2018 8:1. Nature Publishing Group [Internet] 2018 [citado el 30 Mar 2022];8(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0286-4>

16. Maldonado M, Saucedo J, Lartigue T. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatal Reprod Hum* [Internet]. 2008 [citado el 30 Mar 2022];22(1):5-14. Disponible: <https://bit.ly/38jN70D>
17. Bermejo J. Miedos más comunes durante el embarazo y cómo enfrentarlos. *Ser Padres* [Internet] 2021 [citado el 30 Mar 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3NDnbgz>
18. Mansell T, Novakovic B, Meyer B, Rzehak P, Vuillermin P, Ponsonby AL, et al. The effects of maternal anxiety during pregnancy on IGF2/H19 methylation in cord blood. *Translational Psychiatry* 2016 6:3. Nature Publishing Group [Internet] 2016 [citado el 30 Mar 2022];6(3):e765-e765. DOI: <https://doi.org/10.1038/tp.2016.32>
19. Martín Maldonado-Durán. *Salud Mental Perinatal*. [Interent] Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2011. Disponible: <https://bit.ly/35vZ8yz>
20. Wilcox M, McGee BA, Ionescu DF, Leonte M, LaCross L, Reps J, et al. Perinatal depressive symptoms often start in the prenatal rather than postpartum period: results from a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. *Arch Womens Ment Health* [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];24(1):119-31. DOI: 10.1007/s00737-020-01017-z
21. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. 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* [Internet] 2016 [citado el 2 Mar 2022];315(4):388-406. DOI: 10.1001/jama.2015.18948
22. Roncallo C, Sánchez M, Arranz E. Maternal-foetal bonding: implications for psychological development and proposal for early intervention. *Escritos de Psicología* [Internet] 2015 [citado el 26 Feb 2022];8(2):14-23. DOI: 10.5231/psy.writ.2015.0706
23. OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado; 2016 [citado el 26 Feb 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3H8h6Et>
24. Marín D, Bullones Á, Carmona F, Carretero I, Moreno A, Peñacoba C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *NURE Investigación*. [Internet] 2008 [citado el 2 Mar 2022];37:1-30. Disponible: <https://bit.ly/3pA5cNU>
25. Fernanda G, Bellotti J. Tratamiento Psiquiátrico en el embarazo y lactancia. Su estigma socioambiental. *Psiquiatría* [Internet] 2020 [citado el 30 Mar 2022];1(1):1-10. Disponible: <https://bit.ly/3Dv66kh>
26. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];372(71):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>
27. Rodríguez A. Bases de datos e índices de revistas científicas. *Fundación iS+D* [Internet] 2019 [citado el 26 Feb 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3C6tW5m>
28. Universidad de los Andes. Guía para la revisión y el reporte de literatura científica [Internet]. 2018. Disponible: <https://bit.ly/3vBG6Bj>
29. Bardin L. Análisis de contenido. 3rd ed. [Internet] España: Ediciones Akal; 2002 [citado el 17 Mar 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3N4oqFe>
30. Okun ML, Kiewra K, Luther JF, Wisniewski SR, Wisner KL. Sleep Disturbances in Depressed and Non-Depressed Pregnant Women. *Depress Anxiety* [Internet] 2011 [citado el 26 Feb 2022];28(8):676-85. Disponible: <https://bit.ly/3luFuS2>. DOI:10.1002/da.20828.
31. Akgor U, Fadiloglu E, Burcu S, Canan U, Murat C, Temiz E, et al. Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];304:125-30. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05944-1>
32. Oskovi-Kaplan ZA, Buyuk GN, Ozgu-Erdinc AS, Keskin HL, Ozbas A, Moraloglu Tekin O. The Effect of COVID-19 Pandemic and Social Restrictions on Depression Rates and Maternal Attachment in Immediate Postpartum Women: a Preliminary Study. *Psychiatric Quarterly*. Springer [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];92(2):675-82. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09843-1>

33. Fellmeth G, Plugge E, Paw KM, Charunwatthana P, Nosten F, McGready R. Pregnant migrant and refugee women's perceptions of mental illness on the Thai-Myanmar border: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. BioMed Central Ltd. [Internet] 2015 [citado el 26 Feb 2022];15(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0517-0>
34. Liu S, Yan Y, Gao X, Xiang S, Sha T, Zeng G, et al. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: Path model analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. BioMed Central Ltd. [Internet] 2017 [citado el 26 Feb 2022];17(1):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1320-x>
35. Garman EC, Schneider M, Lund C. Perinatal depressive symptoms among low-income South African women at risk of depression: Trajectories and predictors. *BMC Pregnancy and Childbirth*. BioMed Central Ltd. [Internet] 2019 [citado el 26 Feb 2022];19(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2355-y>
36. Ni Q, Cheng G, Chen A, Heinonen S. Early detection of mental illness for women suffering high-risk pregnancies: An explorative study on self-perceived burden during pregnancy and early postpartum depressive symptoms among Chinese women hospitalized with threatened preterm labour. *BMC Psychiatry*. BioMed Central Ltd. [Internet] 2020 [citado el 26 Feb 2022];20(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02667-0>
37. Duko B, Ayano G, Bedaso A. Depression among pregnant women and associated factors in Hawassa city, Ethiopia: an institution-based cross-sectional study. *Reprod Health* [Internet] 2019 [citado el 26 Feb 2022];16(1):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0685-x>
38. Lilliecreutz C, Josefsson A, Mohammed H, Josefsson A, Sydsjö G. Mental disorders and risk factors among pregnant women with depressive symptoms in Sweden-A case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];100(6):1068-74. DOI: 10.1111/aogs.14051
39. Ceulemans M, Foulon V, Ngo E, Panchaud A, Winterfeld U, Pomar L, et al. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic-A multinational cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];100(7):1219-29. DOI: 10.1111/aogs.14092
40. Yu Y, Zhu X, Xu H, Hu Z, Zhou W, Zheng B, et al. Prevalence of depression symptoms and its influencing factors among pregnant women in late pregnancy in urban areas of Hengyang City, Hunan Province, China: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet] 2020 [citado el 26 Feb 2022];10(9). DOI: 10.1136/bmjopen-2020-038511
41. Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz [Internet] 2017 [citado el 26 Feb 2022];33(9):1-10. DOI:10.1590/0102-311X00094016
42. Johnson A, George M, Goud BR, Sulekha T. Screening for Mental Health Disorders among Pregnant Women Availing Antenatal Care at a Government Maternity Hospital in Bengaluru City. *Indian J Psychol Med* [Internet] 2018 [citado el 26 Feb 2022];40(4):343-8. DOI: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_41_18
43. Belete K, Kassew T, Demilew D, Zeleke TA. Prevalence and Correlates of Suicide Ideation and Attempt among Pregnant Women Attending Antenatal Care Services at Public Hospitals in Southern Ethiopia. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];17:1517-29. DOI: 10.2147/NDT.S309702
44. Barcelona de Mendoza V, Harville EW, Savage J, Giarratano G. Experiences of intimate partner and neighborhood violence and their association with mental health in pregnant women. *J Interpers Violence*. NIH Public Access [Internet] 2018 [citado el 26 Feb 2022];33(6):959. DOI: 10.1177/0886260515613346
45. D'Anna-Hernandez KL, García E, Coussons-Read M, Laudenslager ML, Ross RG. Sleep Moderates and Mediates the Relationship Between Acculturation and Depressive Symptoms in Pregnant Mexican-American Women. *Matern Child Health J* [Internet] 2016 [citado el 26 Feb 2022];20(2):422-33. DOI: 10.1007/s10995-015-1840-9
46. Sánchez SE, Pineda O, Chaves DZ, Zhong QY, Gelaye B, Simon GE, et al. Childhood Physical and Sexual Abuse Experiences Associated with Post Traumatic Stress Disorder among Pregnant Women. *Ann Epidemiol*. NIH Public Access [Internet] 2017 [citado el 26 Feb 2022];27(11):716. DOI: 10.1016/j.annepidem.2017.09.012
47. Palfreyman A. Addressing Psychosocial Vulnerabilities Through Antenatal Care-Depression, Suicidal Ideation, and Behavior: A Study Among Urban Sri Lankan Women. *Front Psychiatry*. *Front Psychiatry* [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];12:1-14. DOI: 10.3389/fpsy.2021.554808

48. Lee H, Kim KE, Kim MY, Park CG. Cluster Analysis of the Combined Association of Sleep and Physical Activity with Healthy Behavior and Psychological Health in Pregnant Women. *Int J Environ Res Public Health* [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];18(4):1-11. DOI: 10.3390/ijerph18042185
49. Harron K, Gilbert R, Fagg J, Guttman A, van der Meulen J. Associations between pre-pregnancy psychosocial risk factors and infant outcomes: a population-based cohort study in England. *The Lancet Public Health*. Elsevier Ltd. [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];6(2):97-105. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30210-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30210-3)
50. Cena L, Mirabella F, Palumbo G, Gigantesco A, Trainini A, Stefana A. Prevalence of maternal antenatal and postnatal depression and their association with sociodemographic and socioeconomic factors: A multicentre study in Italy. *J Affect Disord* [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];279:217-21. DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.136
51. Liu J, Hung P, Alberg AJ, Hair NL, Whitaker KM, Simon J, et al. Mental health among pregnant women with COVID-19-related stressors and worries in the United States. *Birth* [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];48(4):470-9. DOI: 10.1111/birt.12554
52. Faisal-Cury A, Caires Rocha A, Machado Ribeiro Silotto A, Oliveira Rodrigues D. Prevalence and associated risk factors of antenatal depression among Brazilian pregnant women: A population-based study. *Journal of Affective Disorders Reports*. Elsevier [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];5:100166. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100166>
53. Bright KS, Wajid A, McNeil DA, Stuart S, Kingston D. Profiles of women participating in an internet-based prenatal mental health platform (HOPE – Healthy Outcomes of Prenatal and Postnatal Experiences). *Journal of Affective Disorders Reports*. Elsevier BV [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];4:100135. DOI: 10.1016/j.jadr.2021.100135
54. Wang WJ, Hou CL, Jiang YP, Han F zhen, Wang XY, Wang S bin, et al. Prevalence and associated risk factors of insomnia among pregnant women in China. *Comprehensive Psychiatry*. W.B. Saunders [Internet] 2020 [citado el 26 Feb 2022];98:152168. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152168>
55. Mwita M, Kasongi D, Bernard E, Gunda D, Mmbaga B. The magnitude and determinants of antepartum depression among women attending antenatal clinic at a tertiary hospital, in Mwanza Tanzania: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J* [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];38(258):1-9. DOI: 10.11604/pamj.2021.38.258.27023
56. Masters GA, Brenckle L, Sankaran P, Person SD, Allison J, Moore Simas TA, et al. Positive screening rates for bipolar disorder in pregnant and postpartum women and associated risk factors. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet] 2019 [citado el 26 Feb 2022];61:53-9. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2019.09.002
57. Parcesepe AM, Cordoba E, Gallis JA, Headley J, Tchatchou B, Hembling J, et al. Common mental disorders and intimate partner violence against pregnant women living with HIV in Cameroon: a cross-sectional analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. BioMed Central Ltd [Internet] 2021 [citado el 26 Feb 2022];21(1):1-14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03673-0>
58. Ola B, Crabb J, Tayo A, Gleadow Ware SH, Dhar A, Krishnadas R. Factors associated with antenatal mental disorder in West Africa: A cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. BioMed Central [Internet] 2011 [citado el 26 Feb 2022];11(1):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-90>
59. Uguz F, Yakut E, Aydogan S, Bayman MG, Gezginc K. Prevalence of mood and anxiety disorders during pregnancy: A case-control study with a large sample size. *Psychiatry Res* [Internet] 2019 [citado el 26 Feb 2022];272:316-8. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.12.129
60. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet] 2006 [citado el 26 Feb 2022];85(8):937-44. DOI: 10.1080/00016340600697652
61. Adewuya A, Ola B, Aloba O, Moyosore B. Anxiety disorders among Nigerian women in late pregnancy: A controlled study. *Archives of Women's Mental Health* [Internet] 2006 [citado el 26 Feb 2022];9(6):325-8. DOI: 10.1007/s00737-006-0157-5
62. Borda M, Forero C, Ahcar N, Hinestrosa C, Polo S, Staaden M, et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño de Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* [Internet] 2013 [citado el 26 Feb 2022];29(3):394-405. Disponible: <https://bit.ly/3thDQwX>

63. van Heyningen T, Honikman S, Myer L, Onah MN, Field S, Tomlinson M. Prevalence and predictors of anxiety disorders amongst low-income pregnant women in urban South Africa: a cross-sectional study. *Arch Womens Ment Health* [Internet] 2017 [citado el 26 Feb 2022];20(6):765-75. DOI: 10.1007/s00737-017-0768-z
64. Artal R. Factores de riesgo para el embarazo de alto riesgo. Manual MSD versión para público general [Internet] 2020 [citado el 26 Feb 2022]. Disponible: <https://msdmnls.co/3hq1t0C>
65. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. 8th ed. [Internet] Pontificia Universidad Católica de Chile; 2017 [citado el 26 Feb 2022]. p. 622. Disponible: <https://bit.ly/3smXMPD>
66. Kornfield SL, Riis VM, McCarthy C, Elovitz MA, Burris HH. Maternal perceived stress and the increased risk of preterm birth in a majority non-Hispanic Black pregnancy cohort. *Journal of Perinatology*. Nature Publishing Group [Internet] 2021 [citado el 3 Apr 2022];1(1):1-6. DOI: 10.1038/s41372-021-01186-4
67. Sammallahti S, Cortes Hidalgo AP, Tuominen S, Malmberg A, Mulder RH, Brunst KJ, et al. Maternal anxiety during pregnancy and newborn epigenome-wide DNA methylation. *Molecular Psychiatry*. Nature Publishing Group [Internet] 2021 [citado el 3 Apr 2022];26(6):1832-45. DOI: 10.1038/s41380-020-00976-0
68. van der CJ, Shitrit ABG. Pregnancy, psychiatry and IBD: multidisciplinary care is crucial. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. Nature Publishing Group [Internet] 2019 [citado el 3 Apr 2022];16(5):265-6. DOI: 10.1038/s41575-019-0135-9
69. Woldetsadik AM, Ayele AN, Roba AE, Haile GF, Mubashir K. Prevalence of common mental disorder and associated factors among pregnant women in South-East Ethiopia, 2017: a community based cross-sectional study. *Reproductive Health*. BioMed Central Ltd. [Internet] 2019 [citado el 3 Apr 2022];16(1):1-8. DOI:1186/s12978-019-0834-2
70. Guler O, Sahin FK, Emul HM, Ozbulut O, Gecici O, Uguz F, et al. The prevalence of panic disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry* [Internet] 2008 [citado el 26 Feb 2022];49(2):154-8. DOI: 10.1016/j.comppsy.2007.08.008
71. Cattane N, Räikkönen K, Anniverno R, Mencacci C, Riva MA, Pariante CM, et al. Depression, obesity and their comorbidity during pregnancy: effects on the offspring's mental and physical health. *Molecular Psychiatry*. Nature Publishing Group [Internet] 2020 [citado el 3 Apr 2022];26(2):462-81. DOI: 10.1038/s41380-020-0813-6
72. Friedman LE, Aponte C, Perez Hernandez R, Velez JC, Gelaye B, Sánchez SE, et al. Migraine and the risk of post-traumatic stress disorder among a cohort of pregnant women. *J Headache Pain* [Internet] 2017 [citado el 3 Apr 2022];18(1). DOI: 10.1186/s10194-017-0775-5
73. Jami ES, Hammerschlag AR, Bartels M, Middeldorp CM. Parental characteristics and offspring mental health and related outcomes: a systematic review of genetically informative literature. *Translational Psychiatry*. Nature Publishing Group [Internet] 2021 [citado el 3 Apr 2022];11(1):1-38. Disponible: DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01300-2>
74. Zhang X, Suo X, Yang X, Lai H, Pan N, He M, et al. Structural and functional deficits and couplings in the cortico-striato-thalamo-cerebellar circuitry in social anxiety disorder. *Translational Psychiatry*. Nature Publishing Group [Internet] 2022 [citado el 3 Apr 2022];12(1):1-11. Disponible: DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01791-7>
75. Alonso A. Trastornos psicológicos más comunes durante el embarazo. *Psyciencia* [Internet] 2015 [citado el 26 Feb 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3p1Ywru>
76. Carrillo P, Barajas K, Sánchez I, Rangel M. Trastornos del sueño: ¿Qué son y cuáles son sus consecuencias? *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* [Internet] 2017 [citado el 26 Feb 2022];61(1):6-20. Disponible: <https://bit.ly/3C1EuCO>
77. Langan R, Goodbred A. Identification and Management of Peripartum Depression - American Family Physician. *Am Fam Physician* [Internet] 2016 [citado el 4 Apr 2022];93(10):852-8. Disponible: <https://bit.ly/3j98uE5>. PMID: 27175720
78. Vadini F, Tracanna E, Polilli E, Tontodonati M, Ricci E, Santilli F, et al. Post-traumatic stress in pregnant women with primary cytomegalovirus infection and risk of congenital infection in newborns. *BJPsych Open*. Royal College of Psychiatrists [Internet] 2016 [citado el 4 Apr 2022];2(6):376. DOI: 10.1192/bjpo.bp.116.003152

79. Salehi L, Rahimzadeh M, Molaei E, Zaheri H, Esmaelzadeh-Saeieh S. The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: A structural equation model. *Brain and Behavior*. John Wiley & Sons, Ltd. [Internet] 2020 [citado el 4 Apr 2022];10(11):e01835. DOI: <https://doi.org/10.1002/brb3.1835>