

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

La mujer en etapa perinatal y la depresión: desde los factores neurohormonales hasta los factores psicosociales desencadenantes. Una revisión sistemática de los últimos 10 años.

Trabajo final de graduación sometido a la consideración del comité de la Especialidad en Psiquiatría para optar por el grado académico y título de Especialista en Psiquiatría.

Dra. Daniela Blanco Morera

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2022

## Agradecimientos

A mi esposo, Patrick Erak, por motivarme en todo momento a finalizar este proyecto y estar siempre a mi lado.

A mi madre y mi hermana, por su apoyo incondicional.

A la doctora Gabriela Zúñiga por su ayuda, consejos y apoyo.

A la doctora Melissa Molina por su amistad y guía.

## Dedicatoria

Dedicado a mi papá, Gerardo Blanco Sánchez, quien abandonó este mundo a mitad de mi residencia pero me acompaña siempre desde el cielo.

Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Psiquiatría.



---

Dr. Antonio Sanabria Quirós  
Psiquiatra  
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA



---

Dra. Gabriela Zúñiga Tortós  
Psiquiatra  
TUTORA DE LA INVESTIGACIÓN



---

Dra. Melissa Molina Campos  
Psiquiatra  
LECTORA DE LA INVESTIGACIÓN



---

Daniela Blanco Morera  
Sustentante a la especialidad de Psiquiatría

05 de diciembre de 2022

Señores  
Sistema de Estudios de Posgrado  
Programa de Posgrado en Especialidades Médicas  
Universidad de Costa Rica

Estimados señores:

Les comunico que leí la tesis titulada **La mujer en etapa perinatal y la depresión: desde los factores neurohormonales hasta los factores psicosociales desencadenantes. Una revisión sistemática de los últimos 10 años**, de la señora **Daniela Blanco Morera**, cédula de identidad número 113050162.

Revisé el documento y efectué las observaciones necesarias en lo que corresponde únicamente a ortografía, puntuación, variedad y pertinencia léxicas, uso correcto de las distintas reglas morfosintácticas, la correcta construcción de párrafos, y la coherencia general de estos, sin ninguna injerencia en el contenido. Una vez incorporadas las correcciones señaladas por mi persona, el documento posee el visto bueno para su presentación ante la Universidad.

Sin más observaciones,



M.L. Ana Camacho Alfaro  
Filóloga  
Universidad Nacional de Costa Rica  
Asociación Costarricense de Filólogos  
Carné: 327  
Colypro  
Carné: 98570



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

SEP Sistema de  
Estudios de Posgrado

**Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.**

Yo, Daniela Blanco Morera, con cédula de identidad 113050162, en mi condición de autor del TFG titulado La mujer en etapa perinatal y la depresión: desde los factores neurohormonales hasta los factores psicosociales desencadenantes. Una revisión sistemática de los últimos 10 años.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI  NO \*

\*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: \_\_\_\_\_ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:**

Nombre Completo: Daniela Blanco Morera

Número de Carné: A60849 Número de cédula: 113050162

Correo Electrónico: daniblanco87@gmail.com

Fecha: 5 de diciembre del 2022 Número de teléfono: 88866418

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Dra. Gabriela Zúñiga Tortós

*Daniela Blanco M.*

**FIRMA ESTUDIANTE**

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICASEP Sistema de  
Estudios de PosgradoPPEM Programa de Posgrado en  
Especialidades Médicas

29 de noviembre de 2022

Dr. Antonio Sanabria Quirós  
Coordinador Nacional  
Especialidad en Psiquiatría

**ASUNTO: Aprobación de Trabajo final de Graduación**

Estimado doctor:

Quienes suscriben, Dra. Gabriela Zúñiga Tortós, como tutora, y la Dra. Melissa Campos, como lectora, ambas especialistas en Psiquiatría, certificamos que hemos revisado y aprobado el trabajo final de graduación titulado: ***"La mujer en etapa perinatal y la depresión: desde los factores neurohormonales hasta los factores psicosociales desencadenantes. Una revisión sistémica de los últimos 10 años"*** de la residente de Psiquiatría Dra. Daniela Blanco Morera.

El mismo se adhiere y cumple los requisitos solicitados por el Sistema Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica para esta modalidad de trabajos de graduación de posgrado.

Atentamente,

Dra. Gabriela Zúñiga Tortós  
Tutora

Dra. Melissa Molina Campos  
Lectora

APSU

C. Dra. Daniela Blanco Morera, residente, Posgrado de Psiquiatría  
Archivo



## Tabla de contenido

<b><i>Agradecimientos</i></b> .....	<b><i>i</i></b>
<b><i>Dedicatoria</i></b> .....	<b><i>ii</i></b>
<b><i>Abreviaturas</i></b> .....	<b><i>x</i></b>
<b><i>Información del equipo investigador.</i></b> .....	<b><i>2</i></b>
<b><i>Propósito de la investigación biomédica</i></b> .....	<b><i>3</i></b>
<b><i>Resumen</i></b> .....	<b><i>4</i></b>
<b><i>Summary</i></b> .....	<b><i>5</i></b>
<b><i>Introducción</i></b> .....	<b><i>7</i></b>
<b><i>1.1 Antecedentes de la investigación</i></b> .....	<b><i>7</i></b>
<b><i>1.2 Justificación</i></b> .....	<b><i>9</i></b>
<b><i>1.3 Pregunta de investigación</i></b> .....	<b><i>10</i></b>
<b><i>1.4 Objetivos</i></b> .....	<b><i>11</i></b>
<b><i>2.1 Limitaciones de la investigación</i></b> .....	<b><i>13</i></b>
<b><i>2.2 Viabilidad de la investigación</i></b> .....	<b><i>14</i></b>
<b><i>2.3 Diseño de la investigación</i></b> .....	<b><i>15</i></b>
<b><i>2.4 Población de la investigación</i></b> .....	<b><i>16</i></b>
<b><i>2.5 Criterios de elegibilidad</i></b> .....	<b><i>17</i></b>
Criterios de inclusión: .....	<b><i>17</i></b>
Criterios de exclusión: .....	<b><i>17</i></b>
Muestra/ población.....	<b><i>17</i></b>
Tamaño de la muestra/ población .....	<b><i>17</i></b>
Diseño muestral .....	<b><i>18</i></b>
Selección de la muestra .....	<b><i>18</i></b>
<b><i>2.6 Variables</i></b> .....	<b><i>18</i></b>
<b><i>2.7 Centro asistencial:</i></b> .....	<b><i>20</i></b>
<b><i>2.8 Descripción de los procedimientos a realizar de cada participante de la investigación</i></b> .....	<b><i>21</i></b>
<b><i>2.9 Organización y registro de responsabilidades:</i></b> .....	<b><i>22</i></b>



Presupuesto: .....	25
<b>Capítulo 3.1: La depresión perinatal .....</b>	<b>27</b>
3.1.1 Definición de depresión perinatal y características clínicas .....	27
3.1.2 Criterios diagnósticos.....	28
3.1.3 Incidencia y prevalencia .....	29
3.1.4 Etiología y factores de riesgo .....	29
3.1.5 Consecuencias de no diagnosticar y no tratar.....	31
<b>Capítulo 3.2: El cerebro de la mujer durante el embarazo, parto y posparto: factores neuroendocrinológicos .....</b>	<b>32</b>
3.2.1 Neuroplasticidad cerebral durante el embarazo.....	33
3.2.1.1 El circuito cerebral maternal .....	34
3.2.1.2 La teoría de la mente y el circuito cerebral maternal .....	35
3.2.2 Algunos cambios neuroendocrinológicos durante el embarazo, parto y posparto .....	35
3.2.2.1 El papel de los estrógenos y la progesterona en el periodo perinatal .....	36
3.2.2.2 El eje hipotálamo hipófisis adrenal (HHA) en el periodo perinatal .....	36
3.2.2.3 El papel de la oxitocina en el parto .....	37
3.2.2.4 La lactancia, el papel de la prolactina .....	38
<b>Capítulo 3.3. Más allá de la neuroendocrinología: factores psicosociales.....</b>	<b>38</b>
3.3.1 El proceso psíquico del embarazo. ....	38
3.3.2 La transición a la maternidad y la sociedad .....	39
3.3.3 Relación de los factores biopsicosociales con el desarrollo de la depresión perinatal ....	41
3.3.3.1 La personalidad .....	41
3.3.3.2 Los antecedentes biológicos .....	42
3.3.3.3 Factores psicosociales .....	42
3.3.3.4 Factores sistémicos .....	44
<b>Capítulo 3.4. Intervenciones y escalas diagnósticas para la depresión perinatal .....</b>	<b>45</b>
<b>Anexo 1. Episodio depresivo según el DSM-5 .....</b>	<b>51</b>
<b>Anexo 2. Episodio depresivo según la CIE-10.....</b>	<b>53</b>
<b>Anexo 3. Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS).....</b>	<b>54</b>

# Índice de cuadros

Cuadro 1. Operacionalización de variables

Cuadro 2. Cronograma de actividades

Cuadro 3. Factores de riesgo para la depresión perinatal

## Abreviaturas

UCR: Universidad de Costa Rica

BINASS: Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

HNP: Hospital Nacional Psiquiátrico

CEC: Comité Ético Científico

DSM-V: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Americana de Psiquiatría

CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con Salud de la Organización Mundial de la Salud

HHA: Eje hipotálamo hipófisis adrenal

CRH: hormona liberadora de corticotropina

GABA: ácido gamma-aminobutírico

EPDS: Escala de depresión posparto de Edimburgo

PHQ-9: Cuestionario sobre la salud del paciente

VPSQ: *Vulnerable Personality Style Questionnaire*

ADN: *Ácido desoxirribonucleico*

La mujer en etapa perinatal y la depresión: desde los factores neurohormonales hasta los factores psicosociales desencadenantes. Una revisión sistemática de los últimos 10 años.

## Información del equipo investigador.

### Investigador principal 1:

Nombre: Daniela Blanco Morera

Número de cédula: 113050162

Dirección de domicilio: 750 metros al oeste del Hotel Marriot, La Ribera, Belén, Heredia.

Teléfono celular: 88866418

Correo electrónico: daniblanco87@gmail.com

Título profesional: Residente de Psiquiatría

Grado académico: Licenciatura en Medicina y Cirugía

Código profesional: 11332

Institución donde labora: Hospital Nacional Psiquiátrico

Nombre del centro asistencial donde labora: Hospital Nacional Psiquiátrico

Código de autorización como investigador CONIS: Pendiente

Fecha de realización del último curso de BPC: 2019

Institución que extiende el certificado del curso BPC: CENDEISSS

Número de investigaciones activas: 0

Propósito de la investigación biomédica

Requisito de graduación como especialistas en Psiquiatría.

## Resumen

La depresión perinatal es una patología de alta prevalencia, sin embargo, en los manuales diagnósticos de psiquiatría no está clasificada como tal. Los síntomas pueden confundirse con algunos síntomas propios del embarazo, limitando su diagnóstico. Existen cambios neuroendocrinológicos en la mujer gestante y en posparto que explican muchas de las conductas maternas, pero son los factores psicosociales los que se asocian con el desarrollo de la depresión perinatal. En esta revisión bibliográfica sistemática de los últimos 10 años se hace un recorrido por los criterios diagnósticos de la depresión perinatal, los factores neuroendocrinológicos asociados, el proceso de la mujer hacia la maternidad y cómo los factores psicosociales afectan este transitar y desarrollan la sintomatología depresiva. Además, se hace un repaso breve por las escalas diagnósticas y de cribado para la depresión perinatal.

## Summary

Perinatal depression is a highly prevalent pathology, however, in psychiatric diagnostic manuals it is not classified as such. The symptoms can be confused with some symptoms of pregnancy, limiting its diagnosis. There are neuroendocrinological changes in pregnant and postpartum women that explain many of the maternal behaviors, but it is the psychosocial factors that are associated with the development of perinatal depression. In this systematic bibliographic review of the last 10 years, a tour of the diagnostic criteria of perinatal depression is made, the associated neuroendocrinological factors, the transition of women to motherhood and how psychosocial factors affect this transition and development of depressive symptoms. In addition, a brief review is made of the diagnostic and screening scales for perinatal depression.



# Capítulo 1

## Introducción

## Introducción

La depresión perinatal es una patología que ha sido invisibilizada a lo largo de la historia, debido a que se le ha conferido al embarazo un carácter protector de la salud mental, cuando en realidad, se trata de una etapa de la vida cargada de temores y cambios, que no todas las mujeres van a vivir en iguales condiciones y que pueden ser los precursores de la depresión como de otras patologías mentales (Fernández, 2020).

Cuando no se diagnostica o no se trata la depresión perinatal, se pueden presentar complicaciones tanto en la madre como en el feto, por ejemplo, bajo peso, alteraciones del neurodesarrollo, dificultades vinculares y riesgo a la vida (Van Niel, 2020).

### 1.1 Antecedentes de la investigación

A pesar de los avances sociales que han tenido las mujeres a lo largo de los años, cuando se trata del embarazo y la trascendencia hacia la maternidad, aún existe la creencia de algunos roles específicos que debe cumplir la mujer en su transitar, que la llevan a tener conflictos entre sus intereses como mujer social, trabajadora y madre. La sociedad obliga a que el embarazo y posparto sean rápidos para retornar a los trabajos y se generan sentimientos de culpa por querer pasar más tiempo con el bebé. Por otro lado, el pronto retorno a una vida laboral genera el temor de fallar como madre. La sociedad, enfocada en las apariencias, empuja a la mujer a borrar toda marca de un proceso de cambios físicos y psicológicos, generando dudas y autorreproches al propio cuerpo. También se espera que la psique retorne al estado previo al embarazo, dejando de lado el cansancio, los temores y la necesidad de ayuda por parte de sus redes de apoyo. Con el nacimiento, la mujer empieza a pasar a un segundo plano, las atenciones tanto sociales como de salud van dirigidas principalmente al bebé, situación que lleva a invisibilizar a esta madre en el mundo. Todo lo anterior puede provocar alteraciones

psicológicas que finalmente se traducirían en patologías, como la depresión (Ramírez, 2020).

Desde el año 700 a.C., una médico, Trótula, habló de una presentación clínica similar a la observada en la depresión posparto en su libro *De Pasionibus Mulierum Curandarum* y relacionaba al cerebro con un útero húmedo (García-Esteve, 2017). Pero no fue hasta 1858, cuando un psiquiatra de origen francés, Louis Victor Marcé, dijo que la fisiología del embarazo se podía relacionar con las emociones de la mujer embarazada (García-Esteve, 2017).

Otros médicos que dedicaron su trabajo a los estudios de la psique de la mujer fueron Helen Deutsch (1884-1982) que hablaba de la biología y el carácter femenino y la importancia de la relación con la madre como base de la psicopatología. Karen Horney (1885-1952) habló de la influencia de la sociedad en la identidad como mujer. Grete Bibring (1899-1977) y Therese Benedeck (1892-1977) postularon que al embarazo como una crisis vital y un proceso adaptativo (Fernández, 2020).

Marie Langer, psiquiatra psicoanalista publicó un libro en 1951 llamado *Maternidad y sexo*, en el cual analizó la sexualidad femenina y la patología mental asociada desde una perspectiva psicoanalista (Fernández, 2020).

Con respecto a las fuentes locales, en primer lugar, es importante destacar que las búsquedas sobre depresión perinatal como tal en fuentes costarricenses no produjeron resultado alguno, sin embargo, sí existen textos sobre la depresión posparto, muchos de ellos con más de 10 años de publicados por lo que quedaron fuera de esta revisión. En el 2018, Lady González publicó una tesis de posgrado en psicología clínica en la cual habla de la depresión posparto y las intervenciones cognitivas conductuales.

No se utilizaron fuentes regionales, es decir, a nivel latinoamericano.

Como fuentes internacionales se emplearon artículos, libros y guías todas publicadas en los últimos 10 años. Entre ellos destacan los libros de García-Esteve (2017), Fernández (2020) y Ramírez (2020), todos dirigidos a la psicología y psiquiatría de la mujer en su etapa perinatal, desde los factores psicosociales, biológicos, neurológicos, hormonales, manejo del profesional entre otros, que los hacen muy completos e importantes en el campo.

## 1.2 Justificación

El periodo perinatal más allá que un proceso fisiológico que involucra el embarazo, parto y postnatalidad, es una etapa de cambios, entre ellos los biológicos, pero también psicológicos y sociales en la vida de esta mujer gestante que la hacen más vulnerable a presentar alguna patología mental (García-Esteve, L. Valdés, M. 2017).

Los procesos psíquicos que se presentan durante el periodo perinatal, asociados a la neurobiología propia de esta etapa de la vida, es decir, embarazo y posparto, pueden reactivar experiencias negativas pasadas, según hayan sido las situaciones vividas desde la propia gestación de la mujer que ahora se está transformando en madre (Lorenzo y Olza, 2020).

Austin (2017) menciona que “alrededor de una de cada 10 mujeres presentan depresión durante el embarazo y una de cada 7 mujeres la presentan en el año posterior al parto” (p. 6). Así mismo, Kimmel et al., (2019) anotan que la prevalencia de la depresión prenatal oscila entre un 14% y un 23%, de estas, aproximadamente 22% desarrollan depresión posparto (p. 419).

La revisión bibliográfica que se realizó para este trabajo final de graduación tiene la finalidad de estudiar el tema de la depresión perinatal y entender dicha patología tomando en consideración los diferentes factores, tanto biológicos como psicosociales, que puedan estar implicados. Es conveniente ya que permite a los lectores comprender más de este padecimiento afectivo, tan frecuente y fácilmente invisibilizado. Permite a los profesionales ampliar su conocimiento y asertividad diagnóstica y terapéutica, desde una revisión de textos científicos actualizados.

Al ampliar el conocimiento, aumenta la capacidad diagnóstica y habilidad terapéutica, se puede brindar una atención de calidad a la población de mujeres en periodo perinatal que presenten depresión, confiriendo importancia a los resultados del presente trabajo.

Es por lo anterior que las mujeres embarazadas y en periodo posparto con depresión, como población meta, se benefician de forma directa del estudio.

Se espera que el presente análisis contribuya a los profesionales en salud a comprender la depresión perinatal desde los diferentes factores implicados en su patogénesis, favoreciendo su destreza diagnóstica y por lo tanto disminuyendo las complicaciones que se derivan de la enfermedad, mediante una atención más empática.

Para desarrollar la revisión bibliográfica se formula la pregunta de investigación siguiente:

### 1.3 Pregunta de investigación

¿Cómo se relacionan los cambios neurohormonales y factores psicosociales que sufren las mujeres durante el embarazo y posparto con el desarrollo de la depresión perinatal, según la medicina basada en la evidencia, partir de una revisión sistemática de opinión experta de artículos científicos de los últimos 10 años?

## 1.4 Objetivos

### General

Analizar los factores neurohormonales y psicosociales presentes en las mujeres gestantes y posparto que predisponen la depresión perinatal, mediante una revisión bibliográfica de textos científicos de los últimos 10 años.

### Específicos:

1. Definir la depresión perinatal.
2. Describir algunos factores neuroendocrinológicos presentes durante el embarazo y parto.
3. Estudiar los diferentes factores psicosociales que se relacionan con la depresión perinatal.
4. Revisar diferentes escalas diagnósticas para la depresión perinatal.

# Capítulo 2

## Metodología y análisis de datos

## 2.1 Limitaciones de la investigación

A nivel nacional, una de las limitaciones de la presente revisión sistemática de bibliografía es que muchos de los documentos encontrados tienen más de 10 años de haber sido publicados, por lo que quedaron excluidos del estudio. Por otro lado, es sabido que a nivel internacional se diagnostican y reportan menos casos de depresión perinatal que los que realmente suceden (García-Esteve, 2020) por lo que la información estadística no refleja la situación actual.



## 2.2 Viabilidad de la investigación

La presente revisión bibliográfica sobre depresión perinatal y sus factores neuroendocrinológicos y psicosociales asociados es viable debido a que a nivel internacional existe información actualizada y a la vanguardia sobre el tema. Es posible encontrar textos científicos en español, lo que facilita el estudio debido a las facilidades de leer e interpretar información en la lengua materna.

Al existir limitado material a nivel nacional sobre la depresión perinatal, estudiar esta patología permitirá generar información útil para el personal de salud que trabaja directa e indirectamente con la población de mujeres embarazadas o en posparto con diagnóstico de depresión, de manera que al aumentar el conocimiento mejore la empatía, el reconocimiento de la patología, por lo tanto, se proceda a intervenciones más rápidas y oportunas.

Económicamente también es viable, ya que las bases de datos de la Universidad de Costa Rica (UCR) y del BINASS no tienen un costo adicional para los profesionales de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) ni para los estudiantes del programa de especialidades médicas de la UCR, tal como la investigadora principal.

## 2.3 Diseño de la investigación

Revisión sistemática, investigación cualitativa, descriptiva, longitudinal, retrospectiva.

## 2.4 Población de la investigación

Grupos etarios participantes: mujeres en etapa perinatal.

Poblaciones vulnerables: mujeres gestantes o en posparto que presenten depresión perinatal.

## 2.5 Criterios de elegibilidad

### Criterios de inclusión:

Artículos científicos y libros especializados, basados en la evidencia, de publicación en los últimos 10 años, que aborden el tema de depresión perinatal. Se utilizarán referencias en los idiomas español e inglés únicamente y bases de datos especializadas en artículos científicos.

### Criterios de exclusión:

Artículos con más de 10 años de publicados.  
Bases de datos sin respaldo científico.  
Artículos en idiomas diferentes al inglés o español.

### Muestra/ población

Textos científicos sobre la depresión perinatal, de bases de datos de las bibliotecas del BINASSS y de las bibliotecas del Hospital Nacional Psiquiátrico y Universidad de Costa Rica. También bases de datos como *PubMed*.

### Tamaño de la muestra/ población

Se revisaron 4 libros especializados, 4 manuales diagnósticos y de manejo, 1 tesis de posgrado de psicología clínica de la Universidad de Costa Rica y 23 artículos científicos que abordan el tema de la depresión perinatal, todos publicados en los últimos 10 años, a excepción del CIE-10, del cual se tomaron los criterios diagnósticos para depresión. Para un total de 32 documentos bibliográficos.

## Diseño muestral

No probabilístico de tipo muestreo por criterios.

## Selección de la muestra

Los textos científicos utilizados deben cumplir los criterios de ser publicados en los últimos 10 años y de hacer referencia a la población de mujeres con depresión perinatal.

## 2.6 Variables

Depresión perinatal

Factores biológicos

Factores psicosociales

**Cuadro 1. Operacionalización de las variables:**

Objetivo específico	Variable y definición conceptual	Indicador	Categorías	Criterios de medición	Tipo de variable	Escala de medición
Definir la depresión perinatal.	Depresión perinatal, criterios según DSM-V o CIE-10.	Síntomas depresivos	Cumple criterios  No cumple criterios	Presente  ausente	Categoría	Ordinal
Describir algunos factores neuroendocrínicos presentes durante el embarazo y parto.	Factores neuroendocrínicos son los cambios cerebrales mediados por hormonas.	Factores neuroendocrínicos	Fisiológicos  patológicos	Si  No	Categoría	Nominal
Estudiar los diferentes factores psicosociales que se relacionan con la de	Factores psicosociales, es decir, aquellas causas externas que desencadenan patología.	Factores psicosociales	Presentes  Ausentes	Si  No	Categoría	Nominal

## 2.7 Centro asistencial:

Biblioteca médica Dr. Gonzalo González Murillo del Hospital Nacional Psiquiátrico.

## 2.8 Descripción de los procedimientos a realizar de cada participante de la investigación

Revisión sistemática de datos obtenidos sobre depresión perinatal en las diferentes bases de datos (*Medline, Pubmed*, bibliotecas del Hospital Nacional Psiquiátrico y BINASSS).

**Utilización de muestras biológicas:** No

**Procesamiento y análisis de los datos:**

Revisión bibliográfica sistemática de textos científicos basados en evidencia publicados entre el 2012 y el 2022 relacionados a la depresión perinatal. La búsqueda se realizó en las bases de datos de la biblioteca médica Dr. Gonzalo González Murillo del Hospital Nacional Psiquiátrico y de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS), así como *Pubmed* y *Medline*.



## 2.9 Organización y registro de responsabilidades:

Investigadora principal: Daniela Blanco Morera, labora en Hospital Nacional Psiquiátrico como médico residente de psiquiatría. Con la responsabilidad de seleccionar y revisar los textos científicos en su totalidad, así como la redacción del documento. Dentro de las responsabilidades se encuentran la comunicación directa con la tutora y lectores, acatar las recomendaciones y cumplir con los plazos propuestos.

Tutuora: Dra. Gabriela Zúñiga Tortós, psiquiatra en el Hospital San Juan de Dios. Con la responsabilidad de conocer los textos científicos utilizados, así como la lectura, guía y recomendaciones sobre el documento del trabajo final de graduación propuesto.

Lectora: Dra. Melissa Molina Campos, psiquiatra en el Hospital Chacón Paut. Con la responsabilidad de conocer los textos empleados, así como la lectura, guía y recomendaciones sobre el documento del trabajo final de graduación propuesto.

**Cuadro 2. Cronograma de actividades:**

Fases de la investigación	1	2	3	4	5
Inicio de la investigación	Septiembre 2022				
Reuniones de coordinación	22 de setiembre 2022	6 de octubre 2022	20 de octubre 2022	03 de noviembre 2022	17 de noviembre 2022
Recolección de datos	Setiembre 2022	Octubre 2022	x	X	X
Ingreso en las bases de datos	Setiembre 2022	Octubre 2022	x	X	X
Análisis de datos	X	Octubre 2022	Noviembre 2022	x	x
Informe final					Noviembre 2022
Publicación					17 de diciembre 2022

**Financiamiento:** no hay financiamiento adicional.

**Presentaciones previas de la investigación biomédica para revisiones por parte de otros Comité Ético Científicos:** No.

**Aspectos éticos:**

Participantes: solamente participan revisiones bibliográficas.

Evaluación del riesgo/beneficio de la investigación:

Clasificación del riesgo: No aplica.

Beneficios: la revisión bibliográfica está orientada a ampliar conocimientos sobre depresión perinatal, en los profesionales de salud que laboran directamente con la población de mujeres embarazadas y en posparto, beneficiando de forma directa e indirecta a estas mujeres usuarias de los diferentes servicios de la Caja Costarricense del Seguro Social y otros sistemas de salud en el país. Al ampliar conocimientos y unificar criterios en los profesionales, se mejora la calidad del servicio ofrecido a la población.

Daños potenciales: No aplica al no ser una investigación en humanos.

Balance beneficio/riesgo: mayor beneficio sobre el riesgo, al ser este último nulo por no existir participantes directos.

Compensación: Ninguna.

Confidencialidad: No aplica.

Documento de consentimiento: No aplica.

Informe a los participantes: No aplica.

Presupuesto:

Recurso humano: no hay presupuesto dirigido a recurso humano.

Materiales e insumos: equipos como computadora, tableta electrónica, papel y lapiceros, propios de la investigadora.

Transporte: vehículo personal.

Otros costos directos: compra de dos libros, por parte de la investigadora.

## Capítulo 3

### Marco teórico

## Capítulo 3.1: La depresión perinatal

### 3.1.1 Definición de depresión perinatal y características clínicas

El periodo perinatal es un momento de alta vulnerabilidad para la mujer, quien es más sensible para reconocer los posibles peligros circundantes en esta etapa, por lo tanto, está más alerta. Este estrés tiene un impacto tanto sobre la madre como sobre el feto en desarrollo y existen más posibilidades de desarrollar patologías mentales como la depresión (Lorenzo y Olza, 2020).

Según Laura Nix et al., (2021) “la depresión es el trastorno psiquiátrico perinatal más frecuente” (p.1). El término de depresión perinatal engloba dos definiciones: la depresión prenatal o antenatal, que es aquella que se presenta durante el embarazo y la depresión postparto, que es la que se presenta posterior al parto y puede aparecer incluso en el primer año después del nacimiento (Van Niel, 2020).

Muchos síntomas de la depresión, como el cansancio, cambios en el patrón de sueño, las alteraciones en el apetito, problemas para concentrarse o labilidad emocional se pueden confundir con manifestaciones propias del embarazo (Fernández, 2020). Además, algunas mujeres evitan hablar de sus síntomas depresivos por temor a ser juzgadas, esto por una idealización que existe en torno al embarazo y la maternidad, en donde se espera bienestar al estar junto al bebé (Ramírez, 2020).

Patricia Fernández (2020) menciona varios síntomas clínicos propios de la depresión perinatal, entre ellos los siguientes:

-Arrepentimiento: se trata de sentirse arrepentida por el embarazo, principalmente al inicio de este (Fernández, 2020).

-Distorsiones cognitivas: se refiere a aquellos pensamientos sobre cuestionamientos de la capacidad de ser madre, temor a no poder brindar el cuidado

necesario al bebé e incluso pensar que debe estar bien en todo momento y no lograrlo (Fernández, 2020).

-Tristeza y desesperanza: desde pensar en el embarazo como un cambio hasta la anhedonia que se pueda relacionar (Fernández, 2020).

-Miedos: principalmente aquellos temores relacionados a la relación de pareja luego del nacimiento, de no poder cuidar o amar al bebé, temor a equivocarse, entre otros (Fernández, 2020).

-Fobias de impulsión: son ideas obsesivas egodistónicas relacionadas al bebé, a sí misma o a su pareja (Fernández, 2020).

-Falta de cuidados: descuido hacia sí misma, el bebé o la pareja (Fernández, 2020).

-Irritabilidad

-Síntomas vegetativos: cambios en el patrón de sueño o de alimentación (Fernández, 2020).

### 3.1.2 Criterios diagnósticos

Un factor limitante para el adecuado diagnóstico de la depresión perinatal, encontrado durante la realización de la presente investigación consiste en la no existencia de criterios diagnósticos específicos para este cuadro clínico, tal y como se evidencia en las dos principales clasificaciones utilizadas para el diagnóstico en Psiquiatría: el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) y en la *Clasificación internacional de las enfermedades y problemas relacionados con la salud* (CIE-10) en el capítulo V, Trastornos Mentales y del comportamiento.

En ambas clasificaciones se exponen los criterios de temporalidad del cuadro clínico y los diferentes signos y síntomas necesarios para establecer el diagnóstico

de un episodio depresivo, sin embargo, en ninguna de estas clasificaciones se hace mención del grupo poblacional de mujeres embarazadas ni siquiera se hace mención de un especificador que represente a estas pacientes.

En el anexo 1 y anexo 2 se exponen los criterios diagnósticos para un episodio depresivo y sus diferentes características.

### 3.1.3 Incidencia y prevalencia

Según Van Niel (2020), en los Estados Unidos “1 de cada 7-8 mujeres embarazadas y 1 de cada 5 a 8 mujeres en posparto desarrollan algún tipo de trastorno depresivo” (p. 274). En países desarrollados la prevalencia de la depresión perinatal oscila entre un 7 a un 20%, mientras que la prevalencia en países con bajo nivel de desarrollo es hasta un 30% (Nix, 2021, p. 1). Esto sitúa a la depresión perinatal en una patología de alta incidencia y prevalencia.

### 3.1.4 Etiología y factores de riesgo

García-Esteve (2017) habla sobre “el modelo general de vulnerabilidad frente al estrés” como etiopatogenia de la depresión perinatal. Explica que existe una interacción entre los estresores neurohormonales del puerperio y los estresores psicosociales, en mujeres vulnerables. Existen 3 tipos principales: genética (alteraciones en el transportador de serotonina), neurohormonal (hipersensibilidad a los cambios hormonales durante el embarazo, así como alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal) y cognitiva (incluye aspectos como la personalidad, cognición, perfeccionismo).

Las principales variables que pueden desencadenar una depresión perinatal son: historia personal y familiar de patología mental, y el ambiente (por ejemplo, redes de apoyo, situación económica, eventos estresantes durante la gestación)

(Santos, 2012). Otro factor importante para considerar es el cambio corporal que sufren las mujeres durante el embarazo y posparto que puede afectar



directamente el autoestima y autoconcepto, principalmente si hay algún antecedente de trastornos de la alimentación (NICE, 2022).

En la tabla 3 se anotan los principales factores de riesgo para padecer depresión perinatal según el manual *Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period* (Cadario, 2014).

**Cuadro 3. Factores de riesgo para la depresión perinatal<sup>1</sup>.**

Factores de mayor riesgo	Historia personal de depresión Historia de depresión posparto en un embarazo previo Historia familiar de depresión
Factores que contribuyen al riesgo	Ansiedad excesiva durante el embarazo Malas redes de apoyo Conflictos de pareja o familia Eventos adversos de vida recientes Estrés financiero o de vida Violencia intrafamiliar Embarazo no deseado Bebés con problemas de salud o temperamentos difíciles Patología mental materna

<sup>1</sup> Cadario. (2014). *Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period*, p18.

### 3.1.5 Consecuencias de no diagnosticar y no tratar

Una mujer deprimida durante el embarazo es más susceptible a consumir sustancias como tabaco, alcohol, drogas y psicofármacos. Todos los anteriores tienen una afectación directa en el desarrollo del feto. Esto se asocia con bajo peso al nacer, parto prematuro, alteración en el crecimiento durante la infancia, incluso anomalías genéticas (Lewis, 2015).

La depresión se puede asociar con alteraciones del patrón alimenticio y estos a su vez, con déficit nutricionales que se relacionan a problemas en el desarrollo del feto por deficiencias de hierro, vitamina D e inflamación crónica (Lewis, 2015).

Otra consecuencia importante de no diagnosticar ni tratar la depresión perinatal es la alteración en el vínculo materno infantil, esto se visualiza en indiferencia y rechazo que pueden culminar en un apego inseguro y mayor riesgo de patología mental en el menor (García-Esteve, 2017).

Según Ramírez (2020), “los hijos o hijas de madres deprimidas muestran con el tiempo peor rendimiento cognitivo, de conducta y psicomotor” (p 204).

Consecuencias de no realizar un adecuado abordaje de la depresión perinatal también afectan de forma directa a la madre, por ejemplo, aumenta el riesgo de patologías médicas como la preeclampsia. En depresiones severas existe el riesgo de autolesiones, suicidio e infanticidio (Van Niel, 2020).

#### 3.1.5.1 Programación fetal

La programación fetal consiste en las alteraciones que puedan existir en el ambiente intrauterino y en el desarrollo fetal, secundario a la patología mental materna y que condicionan la salud mental del bebé a futuro. Factores hormonales, epigenéticos y placentarios están involucrados. La programación hormonal se explica por el aumento del cortisol materno en situaciones de estrés prolongado y cómo éste altera la respuesta de los sistemas neuroendocrinológicos fetales. La programación epigenética se refiere a los cambios en la diferenciación celular estructural y funcional durante el desarrollo fetal, asociado a alteraciones en la metilación del ADN secundario a estrés y depresión materna. Por último, la

programación placentaria se refiere a la alteración de la función endocrina que afecta la placenta para la protección del feto en desarrollo al disminuirse una isoenzima llamada 11B-HSD que impide el paso de los glucocorticoides maternos a la circulación fetal (Lewis ,2015).

Una exposición prenatal a patologías como la depresión materna, se ha asociado a una alta vulnerabilidad para padecer trastornos emocionales o de conducta en el futuro, también puede haber alteraciones en el crecimiento fetal, presencia de patologías como el déficit de atención e hiperactividad durante la infancia y temperamento difícil en el menor (Fernández, 2020).

### Capítulo 3.2: El cerebro de la mujer durante el embarazo, parto y posparto: factores neuroendocrinológicos

Carmona et al, (2019) y Hoekzema, et al., (2016) mencionan que la adaptación cerebral de las madres al embarazo ha sido poco estudiada y la mayor parte de las investigaciones se han enfocado en el análisis de las adaptaciones sistémicas como la función renal, cardíaca, respiratoria, entre otras.

En estudios animales se ha descubierto que, durante el embarazo, la interacción entre las hormonas puerperales y los diferentes sistemas en el cuerpo, provocan cambios a nivel cerebral, tanto en su función como en su estructura, esto con el objetivo de procurar conductas como el apego, el cuidado, nutrición y protección al recién nacido por parte de la madre (Carmona et al, 2019). Conocer estos cambios a nivel cerebral durante este periodo de la vida de una mujer permite entender características propias de la maternidad, así como comprender por qué esta etapa es de alta vulnerabilidad para presentar patologías mentales.

Varios autores concuerdan que los cambios que presenta el cerebro de la mujer embarazada son comparables con aquellos cambios que se presentan en el cerebro de un adolescente (Carmona et al.,2019; Hoekzema et al.,2017; Dickens y Pawluski, 2018), esto por el aumento de los niveles de esteroides y otras hormonas, además, de la reducción global de la sustancia gris.

Además de las similitudes neurobiológicas entre el embarazo y la adolescencia, estas etapas se asemejan en ser momentos de transformación en la vida de una persona, específicamente de una mujer, en donde existen cambios a nivel físico, conductual y psicosocial (Carmona et al., 2019).

Esta transición hacia la maternidad, que engloba los cambios neuroendocrinológicos como ambientales y culturales es lo que se conoce como matrescencia.

### 3.2.1 Neuroplasticidad cerebral durante el embarazo

El concepto de neuroplasticidad cerebral se refiere a la capacidad que tiene el cerebro de modificar sus células en estructura y funcionalidad, como consecuencia de procesos endógenos del cuerpo, es decir, cambios fisiológicos, y de procesos exógenos al cuerpo, como el ambiente (Fernández, 2020). Los cambios hormonales son ejemplos de procesos endógenos que propician la neuroplasticidad con el objetivo de generar respuestas fisiológicas y conductuales adaptativas según las condiciones externas asociadas (Olza-Fernández, 2014). Un momento de importantes cambios hormonales en el cuerpo es el embarazo.

Durante el embarazo, parto y lactancia los cambios fisiológicos, incluyendo aquellos de neuroplasticidad cerebral, condicionan la conducta materna y la preparan para la maternidad, tanto para la supervivencia de la cría como para preservar la salud de la madre (Hillner, 2014). En su artículo, Hillner (2014) también menciona que estos cambios adaptativos pueden asociarse con patologías tanto físicas como mentales en la mujer, entre estos la preeclampsia y diabetes gestacional, así como trastornos mentales asociados a la perinatalidad como el “baby blues”, depresión perinatal y ansiedad. El mecanismo como tal para que dichas alteraciones se produzcan no está claro y se sabe que los estímulos externos (es decir, los factores psicosociales) son los principales predisponentes (García-Esteve, 2017).

Los cambios a nivel cerebral relacionados con las hormonas puerperales se observan principalmente en estructuras que ayudan a regular la conducta materna

de cuidado de las crías, como el área preóptica medial y el hipocampo (Kim, 2016). La neuroplasticidad cerebral, que incluye la neurogénesis y cambios en la sinapsis, en estructuras límbicas, corticales y de sistemas sensoriales, forman la red maternal cerebral. Esta red es rica en receptores de oxitocina, pero también hay otras hormonas y neurotransmisores implicados (Barba-Müller, 2019).

#### 3.2.1.1 El circuito cerebral maternal

El circuito cerebral maternal se refiere a las estructuras cerebrales que han pasado por el proceso de neuroplasticidad, mostrando cambios estructurales y funcionales en respuesta a los picos hormonales del embarazo, parto y lactancia. Las principales hormonas implicadas son los estrógenos, progestágenos, prolactina y oxitocina (Fernández, 2020). Las estructuras que comprenden este circuito son: la corteza prefrontal medial, el hipocampo, el núcleo accumbens, el bulbo olfatorio, núcleos de la estría terminal, la amígdala medial, el área tegmental ventral, el área preóptica medial del hipotálamo y el hipotálamo ventromedial (Fernández, 2020).

En estudios animales, principalmente ratas y ratones se han identificado dos momentos en los que este circuito maternal se activa, primero, durante el embarazo mediante acción hormonal y, en segundo lugar, luego del parto, con la interacción con las crías. Estos estímulos que provienen de la cría activan la corteza prefrontal medial, el hipocampo y el bulbo olfatorio (Fernández, 2020).

En humanos se han observado cambios estructurales en las regiones asociadas a la motivación y recompensa, entre ellas la amígdala, el hipotálamo y sustancia negra, las cuales muestran aumento de volumen. También se ha observado crecimiento en áreas de regulación emocional como el giro anterior, giro frontomedial y la corteza cingulada anterior (Kim, 2016). De igual manera en las áreas asociadas con la empatía y procesamiento sensitivo se ha visto aumento de volumen, estas son el giro temporal superior, el tálamo, giro precentral, giro postcentral y la ínsula (Fernández, 2020; Kim, 2016).

En el estudio realizado por Hoekzema et al., (2017) “sobre los cambios volumétricos de la materia gris durante el embarazo se describe una disminución de

esta, principalmente en regiones desde la corteza frontal medial al cíngulo anterior y de la precuña al cíngulo posterior. También hay disminución de la sustancia gris en la corteza prefrontal lateral bitemporal y la corteza temporal bilateral” (p. 289).

#### 3.2.1.2 La teoría de la mente y el circuito cerebral maternal

La teoría de la mente se refiere a la red cerebral que se encarga de inferir lo que otra persona siente o intenta, está implicada en la empatía (Swain, 2014). Esta red se conforma por regiones de otros circuitos (placer, alerta, regulación emocional), además, sus principales estructuras son la corteza prefrontal medial, la corteza temporal en su porción anterior, la unión temporal-parietal y la precuña (Fernández, 2020; Kim, 2016).

Estas regiones, ricas en receptores de oxitocina, se relacionan con el cuidado maternal, permitiendo inferir las necesidades del bebé recién nacido que aún no se comunica verbalmente, por ejemplo, mediante las respuestas al llanto del bebé propio (Kim, 2016).

Barba-Müller (2018) menciona que estudios sobre resonancia magnética funcional han identificado que en mujeres con depresión posparto hay una disminución de la sensibilidad neuronal ante estímulos como la reacción ante el llanto del bebé, demostrando una menor activación de los circuitos de recompensa, motivación y empatía.

#### 3.2.2 Algunos cambios neuroendocrinológicos durante el embarazo, parto y posparto

Los cambios neuroendocrinológicos y la neuroplasticidad durante el periodo perinatal se encargan de desarrollar las conductas maternas que propician la sobrevivencia del recién nacido. También facilitan procesos como el parto y la lactancia (Olza-Fernández, 2014).

### 3.2.2.1 El papel de los estrógenos y la progesterona en el periodo perinatal

Las hormonas reproductivas se han asociado con la depresión perinatal debido a su rápido aumento de concentraciones y posterior descenso durante el embarazo y posparto, además, por su relación con el procesamiento de emociones, motivación y cognición (Schiller et al., 2016). Sin embargo, los estudios no han sido concluyentes en relacionar estas hormonas con el desarrollo de una depresión, debido a las diferentes etiologías asociadas con la patología, como el rol de otras hormonas y procesos fisiopatológicos tanto en la depresión como en el embarazo, los factores psicosociales y ambientales e incluso la presencia de alguna enfermedad mental previo al puerperio (Pawluski, 2019. Schiller et al, 2016).

### 3.2.2.2 El eje hipotálamo hipófisis adrenal (HHA) en el periodo perinatal

Durante la etapa perinatal se modifican tanto el eje HHA como las funciones del cortisol, por ejemplo, el aumento de cortisol circulante ayuda a la maduración fetal, al parto, a la preparación de las glándulas mamarias para la lactancia y la síntesis de leche materna. Los mayores niveles de cortisol ocurren en las últimas semanas del embarazo, cuando las concentraciones son de dos a cinco veces más que en mujeres no embarazadas (Dickens, 2018).

En condiciones de no embarazo, existe una relación entre el cortisol, el estrés y el desarrollo de la depresión, por lo que se ha postulado que, con el aumento de los niveles de cortisol circundantes durante el embarazo, algunas mujeres puérperas tengan mayor susceptibilidad a presentar depresión (Seth et al., 2016).

Durante el embarazo, la placenta produce hormona liberadora de corticotropina (CRH) la cual es similar a la CRH producida por el hipotálamo, pero no atraviesa la barrera hematoencefálica. El cortisol placentario sí difiere del cortisol del eje HHA, debido a que el cortisol materno no hace un *feedback* negativo con la placenta, sino que incrementa la producción de CRH en placenta, aumentando los niveles de cortisol en sangre (Seth et al., 2016). La respuesta al estrés del eje HHA disminuye en la mujer embarazada, esto por una menor activación de las neuronas

liberadores de CRH en el núcleo paraventricular parvocelular del hipotálamo (Brunton, 2015).

Algunos estudios han relacionado una alteración en el eje HHA durante el embarazo, que produce hipercortisolemia, con la depresión perinatal, sin embargo, no han sido concluyentes (Seth et al., 2016).

Los niveles de cortisol también aumentan durante el parto y se relacionan con las conductas maternas, entre ellas la atracción por el olor de su bebé. La liberación del cortisol (durante el paso de la cabeza del bebé por el canal de parto) se asocia a la activación del eje simpaticoadrenal, que además del cortisol, libera adrenalina y vasopresina (Olza-Fernández, 2014).

Hay un aumento de los niveles de cortisol durante el parto, con una caída de los niveles de hormona liberadora de corticotropina en las horas posteriores al parto y eventualmente, una caída de los niveles de cortisol los siguientes días o semanas. Se ha relacionado esta caída abrupta de los niveles de cortisol circundante, por debajo de los niveles basales, con la presencia de síntomas depresivos en el posparto, aunque la evidencia no es contundente. Si se ha descrito que con la desregulación del eje HHA durante el embarazo (hipercortisolemia) existe mayor probabilidad de presentar depresión luego del nacimiento, principalmente si hubo depresión antenatal asociada (Dickens, 2018).

### 3.2.2.3 El papel de la oxitocina en el parto

Los cambios a nivel cerebral que ocurren en el periodo periparto, como los cambios en los niveles de oxitocina y prolactina, tienen como objetivo facilitar la labor de parto, la producción de leche materna, la excreción de la leche y la conducta materna (Hillerer, 2014).

El inicio del parto se asocia con la liberación de la oxitocina. La liberación de dicho neuropéptido se mantuvo inhibida durante todo el embarazo mediante la acción de la alopregnenolona, metabolito de la progesterona, que aumenta la acción inhibitoria de los receptores GABA A en las neuronas oxitocinérgicas y afectan también la inhibición de estos mismos receptores por parte de los opioides centrales



(Brunton, 2014 b). Con el inicio de las contracciones y por ende la estimulación de la vagina y del cuello uterino, se libera la oxitocina, quien, a su vez, aumenta la estimulación uterina para producir el parto. A nivel de sistema nervioso central, el estímulo de la oxitocina se produce momentos después del parto y se relaciona con la conducta maternal, sentimientos de bienestar y empatía (Olza, 2020). En estudios animales también se relacionó el cortisol con la activación de la memoria olfatoria, esto para identificar mediante olor al recién nacido (Olza-Fernández, 2014).

#### 3.2.2.4 La lactancia, el papel de la prolactina

La prolactina es una hormona secretada por la hipófisis anterior que tiene la función principal de estimular la producción de leche materna y la secreción de esta a través de los alveolos de las glándulas mamarias. Los niveles de prolactina aumentan progresivamente durante el embarazo hasta llegar a niveles más altos al final del puerperio y en el posparto (Brunton, 2014).

### Capítulo 3.3. Más allá de la neuroendocrinología: factores psicosociales.

Las conductas maternas tienen un origen neurobiológico, de manera que los cambios a nivel cerebral serán los que originen las conductas de cuidado, nutrición y protección a las crías, independientemente se trate de madres humanas o de otras especies de mamíferas (Brunton,. 2014 a). Sin embargo, son los factores psicosociales los encargados de diferenciar las conductas entre una madre y otra, así como la forma de manifestar el cuidado hacia los hijos y la expresión de patologías mentales (Fernández, 2020).

#### 3.3.1 El proceso psíquico del embarazo.

El proceso psíquico de las mujeres embarazadas es distinto en cada una de ellas, incluso será diferente en los múltiples embarazos de una misma mujer. Estará influenciado por la propia genética, su historia de vida, la forma de enfrentar los

conflictos, la manera de organizarse, así como las redes de apoyo y dinámicas familiares (Fernández, 2020).

Este proceso psíquico también está directamente influenciado por el ambiente en el cual se desarrolla esta mujer, es decir, la sociedad que la ampara, su comunidad, su trabajo (Fernández, 2020).

La psique de la mujer en el proceso de convertirse en madre, desde la preconcepción hasta el posparto es compleja, esto por la ambivalencia de muchas emociones y situaciones que se presentan, como la sensación de duelo, el deseo, los cambios morfológicos y las expectativas de la propia mujer y las que la sociedad marca para ellas (Athán y Reel, 2015).

Patricia Fernández, en su libro *Psicología del embarazo* habla de un término acuñado por Bydlowski, una psiquiatra psicoanalista, llamado la transparencia psíquica, que consiste en “una creciente sensibilidad emocional en la mujer que avanza conforme lo hace el embarazo y que implica un mayor acceso a recuerdos olvidados previamente” (p. 54). Es decir, durante el embarazo tendrán importancia las vivencias del pasado, incluyendo aquellas de vinculación con su propia progenitora, que le permitirán transitar durante la gestación y puerperio hacia la maternidad. Pueden también aflorar traumas o situaciones dolorosas del pasado que consecuentemente podrían ser detonantes de trastornos mentales como la depresión, de aquí surge la importancia del acompañamiento terapéutico y escucha que se le pueda brindar a las mujeres en este proceso, siempre respetando la forma individual de visualizar la maternidad.

### 3.3.2 La transición a la maternidad y la sociedad

Es importante entender la sociedad en la que vivimos y la visualización de la concepción dentro de la misma. Aurelie Athán (2020) menciona que “80% del mundo vive en un país donde las tasas de fertilidad son iguales a 3 o menos niños por mujer” (p.446), esto por diversas razones, entre ellas la mayor escolaridad de las mujeres y la población en general, el rol de la mujer ha cambiado y gracias a las luchas por la igualdad ahora una gran cantidad de mujeres trabajan fuera de casa,

se ha pospuesto el inicio de la maternidad a edades más tardías, así como muchas mujeres o parejas deciden voluntariamente no tener hijos (Ramírez, 2020).

Sin embargo, el panorama social dista de ser el ideal, autoras como Athan (2020) reflejan cómo el tener hijos se ha convertido en sinónimo de daño al bienestar y a la autonomía, chocando con una sociedad poco flexible, principalmente cuando se trata de la vida laboral y culminando en sentimientos ambivalentes en aquellas que toman la decisión de transitar la maternidad.

Como menciona Patricia Fernández (2020) en su libro *Psicología del embarazo*:

“El modo de concebir, gestar, nacer y criar es el reflejo de ideologías latentes que forman parte de cada cultura. El embarazo es visto hoy como un fenómeno que compromete a la ciencia y a la sociedad. La del siglo XXI es una sociedad tecnologizada y urbanizada que vive cambios significativos y que arrastra una larga crisis en su modelo socioeconómico y cada vez mayor en lo ecológico” (p. 36).

Entonces, por un lado, la sociedad le ha otorgado un rol más activo a la mujer, pero por otro se le continúa privando de su individualidad y en el caso específico de la maternidad, se le da una connotación de amor y cuidado hacia el bebé, pero no necesariamente hacia la madre. En tiempos recientes la maternidad aún no era vista como una decisión propia, sino un fin que toda mujer debía cumplir. A pesar de la apertura que existe ahora con respecto a tener o no tener hijos, aún queda el peso de aquella cultura que cuestionaba a las mujeres nulíparas, haciendo que muchas intenten justificar sus decisiones en este tema y se lleguen a sentir juzgadas (Fernández, 2020).

La transición a ser madre también está influenciada por la historia de vida individual y la historia familiar, así como aquellas relaciones interpersonales que estén presentes durante esta etapa, como la presencia o no de una pareja y la calidad de dicha relación, si hay relaciones con la familia y el apoyo que se recibe

de estas, las personas cercanas como amigos y compañeros de trabajo. Como dice Ramírez (2020) en su libro *Psicología del postparto*, “sin duda la familia de origen tanto de la mujer como del hombre o la compañera pueden convertirse en un gran apoyo durante esta etapa del puerperio, pero en ocasiones sucede al contrario y representan una fuente de estrés adicional para la madre fundamentalmente que se debate entre quien era antes y cómo eran los vínculos y su nueva identidad” (p. 83).

### 3.3.3 Relación de los factores biopsicosociales con el desarrollo de la depresión perinatal

La psicopatología durante el periodo perinatal se puede relacionar con las propias necesidades y traumas que sufrió la nueva madre en la propia infancia. Al comprender los cambios neurobiológicos y psíquicos de asociados a la gestación, se puede entender cómo el embarazo es una etapa de alta vulnerabilidad en el cual es probable que se reactiven situaciones del pasado que pueden afectar directamente la psique de la mujer (Fernández, 2020).

#### 3.3.3.1 La personalidad

Se han identificado algunos rasgos de personalidad asociados a la depresión perinatal, como aquellas más perfeccionistas. García-Esteve (2017) habla de una personalidad vulnerable para la presencia de síntomas depresivos durante esta etapa y anota “inestabilidad emocional, ansiedad, preocupación, obsesividad, timidez y escasas estrategias de afrontamiento al estrés” (García-Esteve. 2017. p.11).

Ramírez (2020) menciona que, sumado a esta personalidad vulnerable, las expectativas irreales sobre el embarazo y la maternidad influyen en la presencia de síntomas depresivos.

### 3.3.3.2 Los antecedentes biológicos

Los antecedentes de depresión o de gestos suicidas previos al embarazado confieren un mayor riesgo de desarrollo de depresión perinatal. De igual manera, si hubo presencia de depresión perinatal en embarazos previos o si existen estos antecedentes en familiares directos, como la propia madre o abuela (Ramírez, 2020). Estudios han demostrado una heredabilidad de la depresión posparto de un 25% (García-Esteve, 2017).

Como otro factor biológico desencadenante, se ha propuesto una mayor sensibilidad a los cambios hormonales propios del embarazo y del puerperio (García-Esteve, 2017), por ejemplo, la hipercortisolemia que se mencionó previamente en este trabajo.

### 3.3.3.3 Factores psicosociales

Las vivencias en el propio embarazo también podrían ser determinantes para la presencia o no de síntomas depresivos, por ejemplo, si el embarazo fue deseado o no y el apoyo subsecuente, si hay riesgo obstétrico, historia de embarazos que no hayan llegado a término por complicaciones médicas, malas noticias o traumas sufridos durante el embarazo, violencia obstétrica y dificultades económicas, entre otros (Ramírez, 2020).

Con respecto a la relación de pareja, cuando se trata de un apoyo y sostén se considera un factor protector y es parte de la nueva familia que se forma. Sin embargo, cuando no se reciben los cuidados ni el apoyo esperados, aumenta la vulnerabilidad hacia la patología afectiva. En los casos que se vivencie este proceso sin una pareja, será fundamental un apoyo familiar o social adecuado para buscar el bienestar de la mujer gestante (Fernández, 2020).

Es importante analizar cómo fue la relación madre-hija de esta mujer cuando era niña, ya que será la base para su proceso de maternidad (Fernández, 2020).

Sobre el apoyo social, Ramírez (2020) habla del mismo como factor protector ante la depresión postparto y antenatal, y de la ausencia de acompañamiento social como un desencadenante de sintomatología afectiva. El rol de esta mujer gestante

y la manera que esta se posiciona en la sociedad son de suma importancia como detonantes de depresión. Como se ha mencionado previamente en este capítulo, el embarazo y la maternidad pueden ser interpretadas por el medio como una vulnerabilidad y la misma mujer puede verse envuelta en esta presión y sentir el proceso de la gestación y futura vida de madre como algo negativo, predisponiendo al desarrollo de patología mental (Fernández, 2020; Ramírez, 2020).

Un factor psicosocial de gran peso para el desarrollo de depresión perinatal es la violencia. Existen 2 formas que son importantes mencionar: la violencia de género y la violencia obstétrica.

La violencia de género es que aquella perpetrada contra las mujeres, en este caso, en el contexto de un embarazo. Afecta tanto a la mujer como a sus hijos y confiere un riesgo alto de daños físicos e incluso la muerte. Fernández (2020) menciona que “al menos 1 de cada 4 mujeres sufrió violencia por parte de su pareja durante el embarazo” (p.178).

La violencia obstétrica es, como indica Ramírez (2020) “toda acción u omisión realizada por personal de la salud que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres” (p.100). En estos casos puede incluirse malos tratos, procedimientos sin el consentimiento informado apropiado o innecesarios, negarse el acompañamiento, entre otros (Fernández, 2020).

Las consecuencias de la violencia obstétrica son muchas. Algunas mujeres no reconocen haber sido maltratadas sino hasta pasado el tiempo del posparto, cuando empiezan a reconocer los daños. Puede existir un sentimiento ambivalente entre el dolor propio en respuesta a las malas vivencias y la alegría de tener a su bebé vivo. También puede haber incomprensión por parte del grupo de apoyo. Otras mujeres reconocen la violencia y manifiestan su molestia, pero puede perpetuarse la violencia mediante el silencio y falta de atención a la queja. Todo lo anterior puede desencadenar síntomas como tristeza, baja autoestima, no tener el control sobre el propio cuerpo, recuerdos constantes del trauma y dificultades para vincular con su bebé (Ramírez, 2020).

#### *3.3.3.3.1 Otros factores psicosociales: el embarazo no deseado*

El embarazo no deseado puede predisponer la aparición de depresión perinatal. En muchos casos, estas gestaciones se producen en el contexto de violencia o abusos sexuales, generando un gran peso emocional y gran ambivalencia en la mujer. En otros casos, el duelo que se puede generar ante los planes de vida que cambiarán de manera abrupta o el rechazo por parte de la pareja o familiares serán los desencadenantes de los síntomas depresivos. Es fundamental para el personal de salud que labora con mujeres embarazadas sin desearlo que sean empáticos y respetuosos ya que se trata de una situación compleja y la mujer requerirá comprender todas aquellas opciones a su alcance (Fernández, 2020).

El acompañamiento terapéutico es fundamental en estos casos, incluso en aquellos lugares en donde existan programas de interrupción del embarazo y que la mujer haya elegido esta opción. (Fernández, 2020).

#### *3.3.3.4 Factores sistémicos*

La depresión perinatal afecta a la mujer, pero también a su entorno directo, es decir, su pareja, al bebé e incluso a sus otros hijos si los tuviera. Aumenta el riesgo de depresión en la pareja, pero también de violencia (Ramírez, 2020).

El vínculo con su bebé se verá directamente influido por la depresión materna. Se puede presentar rechazo, dificultades para ejercer la crianza, abandono de la lactancia, entre otras. Es importante señalar que durante el proceso de amamantar a los hijos se aumenta la producción de oxitocina, la cual es necesaria para mantener una sensación de plenitud y un descenso en los niveles de oxitocina, como los provocados por el abandono de la lactancia, pueden predisponer a la tristeza y empeorar la relación con el bebé. Ante lo anterior, se ha recomendado continuar con la lactancia materna incluso en situaciones de depresión posparto (Ramírez, 2020).

### Capítulo 3.4. Intervenciones y escalas diagnósticas para la depresión perinatal

La entrevista clínica representa la herramienta más recomendable para la evaluación del estado psíquico de la mujer en cada etapa de su embarazo. Paralelamente, a manera de apoyo se han elaborado cuestionarios y escalas que facilitan la detección tanto de factores de riesgo psicosociales como de posibles trastornos mentales en la etapa perinatal. Durante el proceso de exploración no solo se debe tomar en cuenta a la madre, sino también a la pareja de la madre y bebé y las diferentes dinámicas familiares con cada uno de ellos. Esto puede facilitar información de cómo la madre se cuida y el vínculo que se va desarrollando desde la etapa prenatal (Fernández, 2020).

Un elemento inamovible en la exploración perinatal consiste en la historia gineco-obstétrica que representa múltiples cuestionamientos importantes como: circunstancias perinatales anteriores, cantidad de embarazos, ¿cómo transcurrieron los embarazos previos?, ¿que recuerda de los embarazos y partos previos?, si ha habido tratamientos de infertilidad y las respectivas vivencias asociadas a estos procesos tanto de la mujer embarazada como su pareja y la presencia de experiencias traumáticas (Fernández, 2020).

Una vez explorada la historia gineco-obstétrica, otro aspecto de suma importancia consiste en la historia del embarazo actual. Esta facilita explorar factores de riesgo y permite elaborar una historia de vida del hijo que se espera. Algunos elementos que aquí se pueden destacar son: las circunstancias de concepción, el recibimiento de la noticia del embarazo tanto de la madre como de su entorno incluido la pareja, la consideración en algún momento de la interrupción del embarazo y cambios secundarios al embarazo (Fernández, 2020).

El entorno psicosocial representa múltiples aspectos que pueden determinar la condición mental de la mujer durante el embarazo. Uno de ellos consiste en el genograma que a su vez expone las características de la madre, del padre, otros hijos y otros miembros de la familia. Se debe explorar también, la relación de pareja,



teniendo especial consideración por posibles escenarios de violencia de género actuales o pasados (Fernández, 2020).

Se debe explorar también, la adaptación de la mujer y su entorno al embarazo considerando aspectos como: la aceptación del embarazo, la identificación del rol materno, la calidad de la relación con la madre, calidad de relación con la pareja, preparación para el parto, miedo al dolor o pérdida durante el parto y la preocupación por el bienestar propio y del bebé (Fernández, 2020).

Finalmente, se debe abordar el estado psíquico actual de la mujer mediante la entrevista clínica con objetivo diagnóstico. Es necesario explorar presencia de sintomatología ansioso-depresiva, conductas de riesgo y posibles trastornos mentales severos como depresión mayor, trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia (Fernández, 2020).

Algunos de los recursos psicométricos propuestos para la valoración de la salud mental de la embarazada se encuentran: la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS), el cuestionario sobre la salud del paciente PHQ-9 y la *Vulnerable Personality Style Questionnaire* (VPSQ).

La escala de depresión postparto de Edimburgo (Anexo 3) permite ampliar el cribado inicial pero no sustituye una valoración clínica diagnóstica. Para su aplicación, esta puede ser suministrada a la mujer para que la complete de manera independiente o bien se puede dar un acompañamiento durante su proceso evaluativo. Un aspecto para considerar en dicha escala consiste en que, en la última pregunta, cualquier puntaje superior a 0 exige una exploración inmediata más amplia del riesgo suicido (Fernández, 2020).

El cuestionario sobre la salud del paciente PHQ-9 es un instrumento utilizado para valorar presencia de sintomatología depresiva de acuerdo con criterios DSM-V. El resultado final se categoriza en: 10-14 puntos sugiere síntomas leves, 15-19 puntos síntomas moderados y 20-27 puntos síntomas graves (Fernández, 2020).

La *Vulnerable Personality Style Questionnaire* es una escala auto aplicable de puntos que permite reconocer rasgos de personalidad que se consideran de riesgo para la depresión postparto y determina que, entre mayor puntuación, mayor

vulnerabilidad. Considera timidez, sensibilidad, preocupación, estrategias de afrontamiento, obsesión, organización, nerviosismo y expresión (Fernández, 2020).

# Capítulo 4

## Conclusiones y recomendaciones

La depresión perinatal es una patología frecuente sin embargo la misma es infradiagnosticada. Es importante tomar en consideración la alta prevalencia de esta enfermedad cuando se está abordando una mujer gestante, para poder identificar la presencia de signos y síntomas, y consecuentemente realizar un abordaje efectivo. Para los profesionales en salud que están al cuidado de mujeres embarazadas y en posparto es importante comprender los factores biopsicosociales implicados tanto en el embarazo como en la psicopatología de la depresión perinatal, así como conocer las diferentes herramientas diagnósticas y de cribado que hay disponibles, como la escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS), el cuestionario sobre la salud del paciente PHQ-9 y la *Vulnerable Personality Style Questionnaire*.

Conocer y comprender los procesos cerebrales como la neuroplasticidad, el circuito maternal y los cambios neuroendocrinológicos es fundamental a la hora de trabajar con la población de mujeres gestantes y en proceso a ser madres, pero se debe tener claro que son los factores psicosociales que atraviesan la vida de esa mujer los que determinan y detonan los síntomas depresivos, por lo que en el trabajo profesional se deben tomar en consideración.

También se debe tener presente lo expuesto por Esther Ramírez (2020) sobre la función maternal en la sociedad actual y cómo la mujer que está cursando dicho proceso puede quedar invisibilizada entre su rol de cuidadora, las exigencias y cambios biológicos y la sociedad demandante de un aporte económico y laboral.

El apoyo familiar, de pareja y de la misma sociedad a la mujer gestante es vital para un transitar seguro hacia la maternidad. Sin embargo, en el mundo actual se ha perdido este aporte y la colaboración con el cuidado de los nuevos integrantes sociales, dejando a la mujer sola y vulnerable.

Con todo lo anterior, se concluye que la depresión perinatal es un fenómeno al que se le debe prestar atención desde una perspectiva integrativa de los cambios físicos y neuroendocrinológicos esperados, de la historia de vida y personal, las relaciones interpersonales, la posición en la sociedad y cómo ésta interfiere individualmente en la psique de cada mujer.

# Anexos

## Anexo 1. Episodio depresivo según el DSM-5

### Trastorno de depresión mayor

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

**Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve llo-

roso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
  4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

**Nota:** Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

**Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular

un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.<sup>1</sup>

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

**Nota:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

## Anexo 2. Episodio depresivo según la CIE-10

---

**F32** **Episodio depresivo**

En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

**Incluye:** episodios únicos de:

- depresión psicógena
- depresión reactiva
- reacción depresiva

**Excluye:** cuando se asocia con trastornos de la conducta en F91.–  
(F92.0)  
trastornos de adaptación (F43.2)  
trastorno depresivo recurrente (F33.–)

---



## Anexo 3. Escala de depresión postparto de Edimburgo (EPDS)

### Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Su fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Bebé: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas</p> <p>Tanto como siempre<br/>No tanto ahora<br/>Mucho menos<br/>No, no he podido</p>               | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian</p> <p>Sí, la mayor parte de las veces<br/>Sí, a veces<br/>No, casi nunca<br/>No, nada</p>                              |
| <p>2. He mirado el futuro con placer</p> <p>Tanto como siempre<br/>Algo menos de lo que solía hacer<br/>Definitivamente menos<br/>No, nada</p>                   | <p>7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir</p> <p>Sí, la mayoría de las veces<br/>Sí, a veces<br/>No muy a menudo<br/>No, nada</p> |
| <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien</p> <p>Sí, la mayoría de las veces<br/>Sí, algunas veces<br/>No muy a menudo<br/>No, nunca</p> | <p>8. Me he sentido triste y desgraciada</p> <p>Sí, casi siempre<br/>Sí, bastante a menudo<br/>No muy a menudo<br/>No, nada</p>                              |
| <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo</p> <p>No, para nada<br/>Casi nada<br/>Sí, a veces<br/>Sí, a menudo</p>  | <p>9. He sido tan infeliz que he estado llorando</p> <p>Sí, casi siempre<br/>Sí, bastante a menudo<br/>Sólo en ocasiones<br/>No, nunca</p>                   |
| <p>5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno</p> <p>Sí, bastante<br/>Sí, a veces<br/>No, no mucho<br/>No, nada</p>  | <p>10. He pensado en hacerme daño a mí misma</p> <p>Sí, bastante a menudo<br/>A veces<br/>Casi nunca<br/>No, nunca</p>                                       |

## Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. (2014). *Trastornos depresivos. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ta edición). Editorial American Association of Psychiatry. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
2. Athan, A., Y Reel, H. L. (2015). Maternal psychology: Reflections on the 20th anniversary of deconstructing developmental psychology. *Feminism and Psychology*, 25(3), 311-325.
3. Athan, A. M. (2020). Reproductive identity: An emerging concept. *American Psychologist*, 75(4), 445-456.
4. Austin M-P, Highet, N and the expert working group (2017). *Mental Health Care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline*. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence. National Health and Medical Research Council.
5. Barba-müller, E, Craddock S, Carmona S, Hoekzema, E. (2019). Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. *Arch Women's Ment Health*. 22(2):289-299. Doi: 10.1007/s00737-018-0889-z. PMID: 30008085; PMCID: PMC6440938.
6. Brunton, P. J., y Russell, J. A. (2014). Maternal brain adaptations in pregnancy. In Knobil and Neill's Physiology of Reproduction. Elsevier Inc. 2, 1957–2026.
7. Brunton, P. J., Russell, J. A., y Hirst, J. J. (2014). Allopregnanolone in the brain: protecting pregnancy and birth outcomes. *Progress in neurobiology*, 113, 106–136. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2013.08.005> (b)

8. Carmona, S., Martínez-García, M., Paternina-Die, M., Barba-Müller, E., Wierenga L. M., Vilarroya, O., Desco, M., y Hoekzema, E. (2019). Pregnancy and adolescence entail similar neuroanatomical adaptations: A comparative analysis of cerebral morphometric changes. *Hum Brain Map*, 40(7), 2143-2152.
9. Cadario, B., LI, D. (2014). *Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period*. BC Reproductive Mental Health Program. British Columbia.
10. Organización Panamericana de la Salud. (1995) Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (10ma revisión). Editorial de la OPS.
11. Dickens, M., Pawluski, L. (2018). The HPA axis during the perinatal period: implications for perinatal depression. *Endocrinology*, 159 (11), 3737-3746.
12. Fernandez Lorenzo, P., Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*. Editorial Síntesis.
13. García-Esteve, L., y Miyar, V. (2017). *Manual de psiquiatría perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia*. Editorial Médica Panamericana.
14. González Méndez, L. (2018). *Las mujeres con depresión postparto presentan mayor disminución de síntomas depresivos cuando hay intervenciones*

*cognitivas conductuales en comparación con otras intervenciones no cognitiva conductuales*. Tesis de posgrado de especialización en psicología clínica. Universidad de Costa Rica.  
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis91.pdf>

15. Hillerer, K. M., Jacobs, V. R., Fischer, T., & Aigner, L. (2014). The maternal brain: An organ with peripartal plasticity. *Neural Plasticity*, volumen 2014, 1-20. <https://doi.org/10.1155/2014/574159>
16. Hoekzema, E., Barba-Muller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., Carmona, S., y Vilarroya, O. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 20(2), 287-296.
17. Kimmel, M., Cox, E., Schiller, C., Gettes, E., Meltzer-Brody, S. (2018). Pharmacologic treatment of perinatal depression. *Obstet Gynecol Clin N Am* 45, 419-440.
18. Kim, P., Strathearn, L., & Swain, J. E. (2016). The maternal brain and its plasticity in humans. *Hormones and Behavior*, 77, 113-123.
19. Lewis, A. J., Austin, E., Knapp, R., Vaiano, T., & Galbally, M. (2015). Perinatal Maternal Mental Health, Fetal Programming and Child Development. *Healthcare (Basel)*, 3(4), 1212-1227.
20. Martin-Santos, R., Gelabert, E., Subira, S., Gutierrez-Zotes, A., Langorh, K., Jover, M., et al. (2012). Is neuroticism a risk factor for postpartum depression? *Psychological Medicine*, 42(7), 1559-1565.

21. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2014). Antenatal and postnatal mental health. Clinical guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
22. Nix, L., Nixon, E., Quigley, J., O'keane, V. (2021) Perinatal depression and children's developmental outcomes at 2 years postpartum. *Early Human Development*, 156, 1-6.
23. Olza-Fernández, I., Marín Gabriel, M. A., GIL-Sánchez, A., García-Segura, L. M., y Arévalo, M. A. (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35 (4), 459-472.
24. Olza, I, Uvnas-Moberg, K, Ekstrom-Bergstrom, A, Leahy-Warren P, Karlsdottir SI, Nieuwenhuijze M, et al. (2020) Birth as a neuropsychosocial event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS ONE*,15(7): e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>
25. PAWLUSKI JL, LONSTEIN JS, FLEMING AS. (2017). The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. *Trends Neurosci*, 40(2), 106-120. doi: 10.1016/j.tins.2016.11.009. Epub 2017 Jan 24. PMID: 28129895.
26. Pawluski, J., Li, M., Lonstein, J. (2019). Serotonin and motherhood: from molecules to mood. *Front Neuroendocrinol*. 53, 1-32.
27. Ramírez Matos, E. (2020). *Psicología del posparto*. Editorial Síntesis.
28. Rich, A. (2019). *Nacemos de mujer: La maternidad como experiencia e institución*. (2da edición). Editorial Traficantes de sueños.

29. Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., y Rubinow, D. R. (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS spectrums*, 20(1), 48–59. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000480>
30. Seth, S, Lewis, AJ, Galbally, M. (2016) Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 16(1),124. doi: 10.1186/s12884-016-0915-y. PMID: 27245670; PMCID: PMC4886446.
31. Swain, J. E., Kim, P., Spicer, J., HO, S. S., Dayton, C. J., Elmadih, A., Yabel, K. M. (2014). Approaching the biology of human parental attachment: Brain imaging, oxytocin and coordinated assessments of mothers and fathers. *Brain Research*, 1580, 78-101.
32. Van Niel, M. S., & Payne, J. L. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 87(5), 273–277. <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.19054>