



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Memoria del Trabajo de Fin de Grado

Depresión materna y complicaciones biopsicosociales del niño

Clara Burguera Campillo

Grado de Enfermería

Curso académico 2017-2018

DNI: 43231138Q

Trabajo tutelado por Joana Fornés Vives
Departamento de Enfermería

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación | Autor | | Tutor | |
| | Sí | No | Sí | No |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Palabras clave: Complicaciones Perinatales, Depresión materna, Desarrollo Infantil,
Relaciones madre-hijo

Key words: Child Development, Maternal Depression, Mother-Child Relations, Nurses,
Perinatal Complications

ÍNDICE

| | |
|-------------------|----|
| RESUMEN..... | 3 |
| INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| OBJETIVOS..... | 5 |
| METODOLOGÍA..... | 6 |
| RESULTADOS..... | 8 |
| DISCUSIÓN..... | 9 |
| CONCLUSIÓN..... | 18 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 19 |
| ANEXOS..... | 23 |

RESUMEN

Objetivos: Analizar la relación entre la depresión materna perinatal y las posteriores complicaciones biopsicosociales del niño.

Metodología: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, y los Metabuscadores Biblioteca Virtual en Salud y EBSCOhost dentro de los que se incluyen las bases de datos Medline, LILACS, IBECs, BINACIS, BdEnf, Cumed, Index Psicología-revistas técnico-científicas, CINAHL y PsycInfo. Se obtienen 1363 artículos de los cuales 20 son seleccionados para el análisis a partir de los criterios de inclusión y exclusión específicos.

Resultados: De los 20 artículos seleccionados para la revisión 4 son revisiones sistemáticas, 13 son estudios longitudinales y 3 son transversales. 16 de ellos analizan las complicaciones biológicas en el niño, 13 las complicaciones psicológicas, 9 las complicaciones sociales y 2 las intervenciones enfermeras en este contexto. Se evidencia relación entre la depresión materna perinatal y las complicaciones en el desarrollo biológico, psicológico y social del niño, aunque son varios los factores que intervienen en esta asociación, además de establecerse las intervenciones enfermeras como el más efectivo tratamiento, y el mejor método de prevención.

Conclusión: Los resultados obtenidos ilustran la complejidad de la relación entre la depresión materna prenatal y postnatal y las consecuencias en el niño. La depresión materna perinatal afecta el desarrollo biológico, psicológico y social, aunque es el desarrollo del feto y el infante a nivel biológico, tanto prenatal como postnatalmente, el más afectado en comparación con el desarrollo psicosocial.

Palabras clave: Complicaciones Perinatales, Depresión materna, Desarrollo Infantil, Relaciones madre-hijo.

Key words: Child Development, Maternal Depression, Mother-Child Relations, Nurses, Perinatal Complications.

INTRODUCCIÓN

La depresión afecta alrededor de 300 millones de personas en el mundo. En su definición actualizada de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2012), se define como un trastorno mental frecuente, al que se asocian sentimientos de tristeza, pérdida de interés y alteración de algunos parámetros fisiológicos como el sueño o el apetito, además de producir cambios en la capacidad de concentración, la autoestima y una constante sensación de cansancio. Se considera como uno de los principales problemas que aumentan la morbilidad mundial y ronda una media de 800000 suicidios cada año (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Existen estudios que demuestran que el colectivo femenino presenta más probabilidades de padecer un trastorno depresivo que los hombres. Estas mujeres suelen ser de edades comprendidas entre 25 y 45 años coincidiendo con la edad fértil y reproductiva. De hecho, el Doctor Shekhar Saxena, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, afirma que un 10% de estas han sido madres recientemente en los países desarrollados, y un 20% han sido madres en los países en desarrollo (EFE, 2013), hablamos entonces de depresión perinatal.

En su definición, la depresión perinatal es aquella que se da en la mujer durante la gestación o posterior al parto. Se evidencia que las etapas de embarazo y puerperio suponen un periodo de vulnerabilidad para la mujer debido a los cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que suceden en su vida. Estas dimensiones durante el periodo de gestación juegan un papel trascendental en el desarrollo del feto y a posteriori, durante su crecimiento. La depresión perinatal presenta características en común con la depresión desarrollada en otras etapas o momentos de la vida de una persona, pero los efectos negativos que provoca en el niño durante su transcurso marcan la diferencia.

Durante los años 1969 a 1980 el Doctor John Bowlby, un psiquiatra y psicoanalista inglés, desarrolló la teoría del apego mediante la que describe la importancia de las experiencias tempranas en el futuro desarrollo del niño (Bowlby, 1998). Cada etapa de su desarrollo, incluyendo el desarrollo mental primario requiere de unas experiencias generadas por intercambios emocionales (Greenspan y Benderly, 1998), en este caso, establecidos con la madre. El vínculo que se establece

entre ambos es uno de los factores diana más afectados durante la depresión, puesto que escasea en muestras de afecto positivas.

La Doctora Catherine Le Galès-Camus, subdirectora General de la Organización Mundial de la Salud para enfermedades no transmisibles y salud mental, afirma que la prevención de los trastornos mentales reduce significativamente la morbilidad de estas y supone la alternativa más eficaz para el control del problema (Organización Mundial de la Salud, 2004). El papel de los profesionales de enfermería en prevención es uno de los más predominantes, aunque este abordaje también puede desarrollarse mediante la intervención en el domicilio para ofrecer una atención especial tanto a la madre con alto riesgo de depresión o con depresión desarrollada como a la relación madre-hijo, una acción exitosa en situaciones de riesgo (Campbell, 2010).

Existe mucha literatura que trata la depresión como problema general, pero en menor escala la depresión prenatal y postnatal de la mujer. Dada la importancia y el progresivo aumento del interés clínico en este campo se hace visible la necesidad de reconocer los signos y síntomas depresivos tempranos en el embarazo así como las complicaciones que estas pueden provocar en el desarrollo biopsicosocial del niño y las numerosas intervenciones al respecto.

Por esa razón nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre la depresión materna prenatal y postnatal y las posteriores complicaciones biopsicosociales del niño? En caso afirmativo, ¿qué aspecto se ve más afectado?

OBJETIVOS

Los objetivos que se plantean en el presente trabajo son los siguientes:

Objetivo general:

1. Conocer qué dice la literatura respecto a la relación entre la depresión materna prenatal y postnatal y las posteriores complicaciones biopsicosociales del niño, y qué aspectos se ven más afectados.

Objetivos específicos:

1. Analizar las posibles afectaciones del bebé a nivel biológico, psicológico y social.

2. Identificar las intervenciones enfermeras que se pueden llevar a cabo para prevenir las posibles consecuencias biológicas, psicológicas y sociales del niño.

METODOLOGÍA

El desarrollo del trabajo ha requerido una revisión de varios artículos sobre la relación entre la depresión materna prenatal y postnatal y las posteriores complicaciones en el niño. Así pues, efectuamos una búsqueda en varias bases de datos y metabuscadores como Pubmed, y Biblioteca Virtual en Salud y EBSCOhost, respectivamente. En todas se llevan a cabo varias combinaciones de las diferentes palabras clave entre sí que, además de las ya nombradas anteriormente, se añaden algunas más para combinar, mediante el booleano “AND”. En la Figura 1 se detalla la estrategia de búsqueda realizada.

Límites y criterios de inclusión (CI):

- CI-1. Fecha de publicación entre 2008 y 2018.
- CI-2. Artículos/documentos escritos en español o inglés.
- CI-3. Estudios que analicen, al menos, una de las tres dimensiones del ser humano (biológico, psicológico y social) en relación con la depresión materna prenatal y postnatal durante la niñez.

Criterios de exclusión (CE): Se han excluido artículos con más de 10 años de publicación, que incluyan sujetos que superen el periodo de adolescencia. Cualquier artículo que trate sobre la depresión pre-embarazo o cualquier otra enfermedad psiquiátrica. Artículos en el que algún progenitor esté diagnosticado de una patología psiquiátrica previa que no tenga relación con la depresión materna prenatal y postnatal. Estudios en los que se incluya, como tema principal a analizar, la depresión materna como causa de un embarazo adolescente y no como precursor de complicaciones en el niño.

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Las fuentes de información y método de búsqueda a través de los cuales se han obtenido los artículos seleccionados están detallados en el diagrama de flujo

desarrollado según las recomendaciones PRISMA (Figura 2).

Límites establecidos: Artículos publicados entre los años 2008 y 2018, en español o inglés.

Booleanos: AND

| Pubmed | Biblioteca Virtual en Salud | Biblioteca Virtual en Salud | EBSCOhost |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Depression | Depression | Depresión | Depression |
| AND | AND | AND | AND |
| Pregnancy | Pregnancy | Depresión Materna | Pregnancy |
| AND | AND | AND | AND |
| Child Development | Child Development | Gestación | Perinatal complications |
| AND | AND | AND | AND |
| Nurses | Perinatal Complications | Desarrollo Infantil | Prenatal Exposure Delayed Effect |
| | AND | AND | AND |
| | Maternal-Fetal Relations | Complicaciones Perinatales | Child |
| | AND | AND | Maternal Depression |
| | Nurses | Relaciones madre- hijo | |

Figura 1. Estrategia de búsqueda bibliográfica

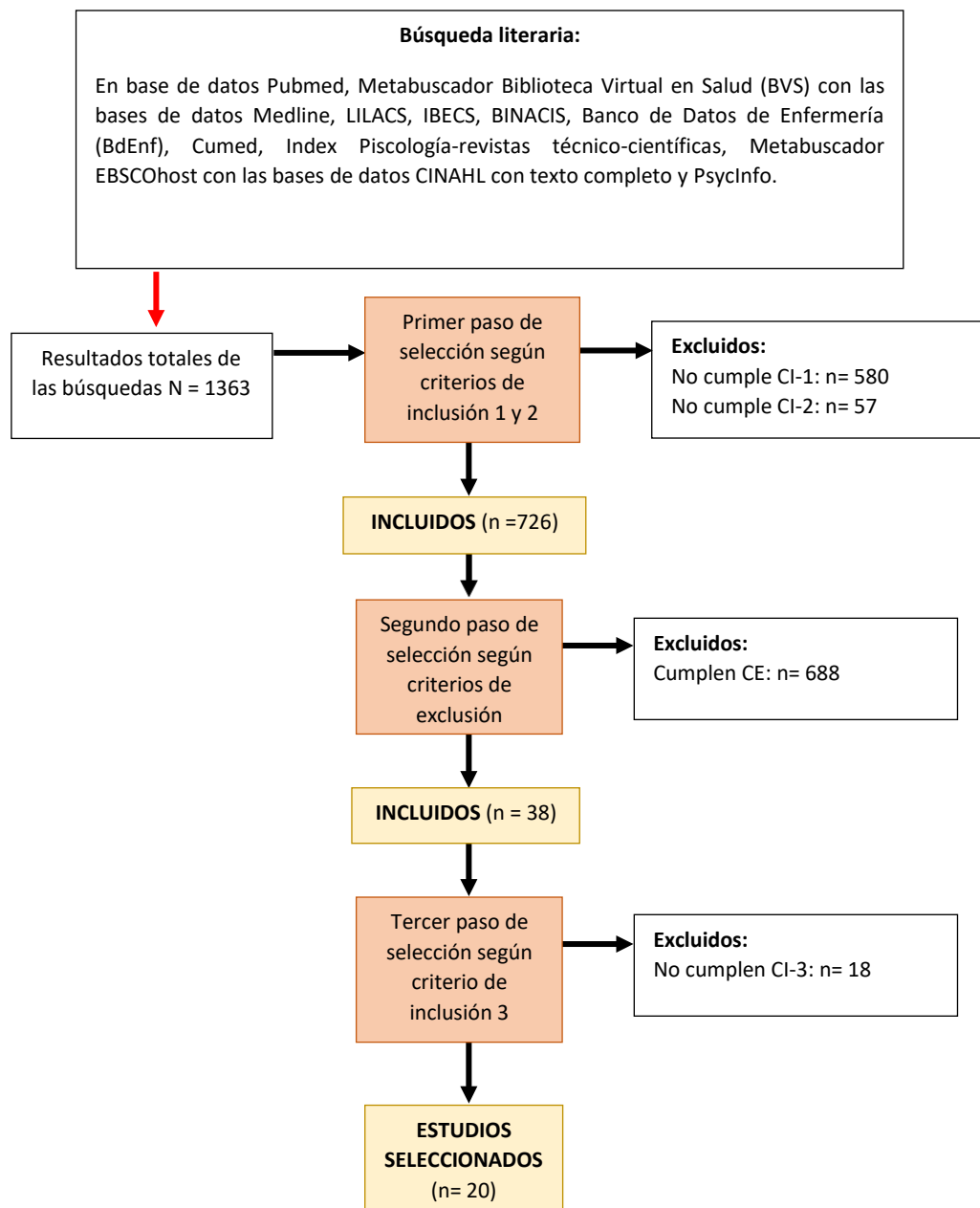


Figura 2. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica según los criterios PRISMA

RESULTADOS

De la búsqueda en las bases de datos se obtienen un total de 1363 artículos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se reducen los hallazgos finales a 20 estudios (Figura 2), de los cuales 4 son revisiones sistemáticas, 13 son estudios longitudinales y 3 son transversales (siendo uno de ellos un estudio de caso), además

de hacerse una distinción entre estudios de cohorte, de investigación y cualitativos, entre otros.

De estos resultados, se observan 16 análisis de consecuencias a nivel biológico, 13 de consecuencias a nivel psicológico y 9 de consecuencias a nivel social en el niño. Las intervenciones enfermeras aparecen, únicamente, en 2 artículos.

Varios estudios fueron desarrollados en países como India, Grecia, Japón, Corea, Reino Unido, Noruega y, en su mayoría, algunos países de América, aunque no ha sido el origen de la muestra un factor determinante de los resultados si no la situación económica o estatus social de esta.

Para mayor información sobre los artículos incluidos en el estudio, se describen las características y resultados más relevantes de cada uno en la tabla resumen del anexo.

DISCUSIÓN

El análisis de los diferentes estudios ha proporcionado respuestas útiles al objetivo planteado sobre la obtención de información acerca de la relación entre la depresión materna prenatal y postnatal y las posteriores complicaciones biopsicosociales del niño, además de identificar el aspecto más afectado.

La depresión materna perinatal se describe en varios de los estudios como el trastorno mental que afecta entre un 10% y un 20% de mujeres, llegándose a considerar un problema de salud pública (Davalos, Yadon y Tregellas, 2012; Ibanez et al., 2015; Koutra et al., 2012). Los síntomas depresivos pueden surgir durante el periodo prenatal, que ocupa mayor porcentaje de afectación, o durante el periodo postnatal, más considerado como una continuación de los efectos de la depresión prenatal (Nasreen, Kabir, Forsell y Edhborg, 2012). La depresión materna prenatal, llegando a su pico más alto durante el tercer trimestre de gestación, produce mayor número de efectos negativos en el feto que la depresión postnatal durante la infancia (Davalos et al., 2012).

Las tasas de depresión materna pueden sufrir variaciones de acuerdo con las situaciones e historias individuales, los factores socioeconómicos y la exposición a factores estresantes de cada mujer (Ibanez et al., 2015). Por todo ello, estas tasas se

magnifican en países de bajos ingresos (Alhusen, Hayat y Gross, 2013) y en conflicto como Bangladesh, en el que hasta un 33% de mujeres embarazadas sufre depresión materna prenatal (Nasreen et al., 2012).

De esta manera, debe ser considerada la compleja interacción entre los factores de riesgo biológicos, los factores de riesgo psicológicos y los factores de riesgo sociales mediadores de la asociación entre la exposición a la depresión materna perinatal y los resultados desfavorables en la descendencia.

Tras llevar a cabo una exhaustiva lectura de los artículos finalmente seleccionados, se ha realizado una clasificación del contenido más relevante en 4 apartados diferentes que responden a los objetivos planteados. El primero aborda las consecuencias de la depresión materna sobre el desarrollo biológico del feto o infante, el segundo hace referencia a las consecuencias de la depresión materna sobre el desarrollo del feto o infante a nivel psicológico, y el tercero examina las consecuencias de la depresión materna en cuanto al desarrollo social del feto o infante, estos dos últimos unificados en la misma clasificación por la dificultad de separación de las consecuencias, ya que en la mayoría de los casos uno sucede a otro. Se suma además un cuarto apartado en el que se expone cuál es el papel de la enfermería frente a la prevención del desarrollo de dichas consecuencias.

Consecuencias de la depresión materna sobre el desarrollo biológico del niño

Se observa una emergente evidencia de que la exposición de la descendencia a la depresión materna produce un impacto negativo en su desarrollo biológico. Sin embargo, los hallazgos obtenidos de los diferentes estudios ponen en creciente controversia las consecuencias positivas y negativas de la depresión materna sobre el feto o el infante.

La exposición temprana a la depresión materna provoca cambios permanentes en los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino de los niños.

La hormona del Cortisol, liberada en respuesta al estrés, cumple funciones tales como el incremento de los niveles de glucosa, supresión del sistema inmunitario y metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas como mecanismo de compensación. Aunque por otro lado, disminuye la formación ósea ocasionando

problemas en el crecimiento. Son varios los estudios que han tratado la alteración en los niveles de Cortisol como consecuencia directa de la depresión materna prenatal, excluyendo la depresión materna postnatal como posible factor causal. Khoury et al. (2016) indican en su estudio reciente que los niveles de Cortisol maternos moderan las asociaciones entre los síntomas de depresión materna y los niveles de Cortisol del infante.

Tal como plantean los autores de algunos de los documentos analizados, las mujeres con un trastorno depresivo durante el embarazo presentan más altos niveles de Cortisol y bajos niveles de Dopamina y Serotonina, de esta manera, se sugiere que la exposición intrauterina a la depresión materna prenatal predice los niveles basales diurnos de Cortisol en lactantes y niños mediante la conexión feto-placenta por lo que estos infantes presentarán más altos niveles de Cortisol en cuanto mayor sea la cantidad de síntomas depresivos y los niveles de Cortisol en sus madres (Waters, Hay, Simmonds y Van Goozen, 2014; Davalos et al., 2012; Fernandes, Stein, Srinivasan, Menezes y Ramchandani, 2014; Junge et al., 2016).

En adición, según tres estudios longitudinales (Junge et al., 2016; Koutra et al., 2012; Wojcicki et al., 2011) y varias conclusiones de una revisión sistemática (Davalos et al., 2012), este efecto de la depresión prenatal puede alterar el desarrollo del cerebro fetal, desregular el desarrollo y la función del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, la conectividad límbica y prefrontal, el tono vagal, aumentando así el riesgo de alta reactividad al estrés y alta reactividad emocional que puede llevar a problemas de comportamiento en la infancia, y el riesgo de crecimiento fetal tardío y premadurez.

Ahondando en el tema, el eje hipotalámico-pituitario-adrenal es uno de los sustratos neuronales clave susceptibles de ser influenciados por la depresión materna prenatal y el encargado de la transmisión intergeneracional de cualquier psicopatología y, de igual forma que los niveles hormonales, se refleja en los hallazgos del estudio de Fernandes, Stein, Srinivasan, Menezes y Ramchandani (2014) un aumento de la actividad de este en hijos de madres con depresión materna prenatal. Por el contrario, se sugiere un bloqueo parcial del eje hipotalámico-pituitario-adrenal ante un factor estresante agudo (Waters et al., 2014), por lo que es posible que esta acción se produzca como consecuencia del desarrollo cerebral fetal deficiente que provoca la alta reactividad al estrés nombrada anteriormente.

La evidencia demuestra que existe relación directa entre la depresión materna prenatal y el desarrollo con un consecuente parto prematuro, que induce el bajo peso y crecimiento lento del niño (Chang et al., 2014; Davalos et al., 2012; Ibanez et al., 2015; Nasreen et al., 2012; Wojcicki et al., 2011). La depresión materna prenatal aumenta las probabilidades de bajo peso al nacer, aunque estos dos factores están mediados por el parto prematuro que, finalmente, se considera el predictor significativo del peso, cuanto menor sea el periodo de gestación mayores serán las probabilidades de nacer por debajo del percentil establecido como normal (Chang et al., 2014). Cabe remarcar que el crecimiento atenuado del infante es producto de la depresión materna durante el periodo prenatal, aunque manifestado durante el periodo postnatal y según varios estudios se produce durante los dos primeros años de vida (Nasreen et al., 2012; Wojcicki et al., 2011).

Asimismo, no se le puede restar importancia a la administración de tratamiento de la depresión durante el periodo de gestación en el análisis de este tema. Según Davalos, Yadon y Tregellas (2012), así como otro estudio que lo respalda (Wisner et al., 2013), si se realizan comparaciones entre madres con depresión medicadas con inhibidores de la recaptación de Serotonina y no medicadas, en ambos casos se produce bajo peso al nacer y un periodo de gestación más corto. Las madres con depresión materna no medicadas provocan en el feto mayor vulnerabilidad al estrés y manejo emocional pobre durante la infancia, no obstante la estancia en el hospital para el control neonatal se alarga en el caso de madres en tratamiento. Por lo demás, no encuentran impacto significativo en cuanto a peso, talla o perímetro craneal en bebés de madres con depresión materna prenatal tratadas o no con inhibidores de la recaptación de Serotonina, de hecho estas últimas incluso mejoran el control sensorial en la descendencia.

En cuanto al desarrollo motor durante la infancia concluyen varios autores que un retraso en el crecimiento junto con síntomas de depresión materna son un factor de riesgo para un desarrollo motor afectado a posteriori ya que se produce menor estimulación sensomotora en los bebés (Nasreen et al., 2012; Salum e Morais, Kiehl Lucci y Otta, 2013). Se hace distinción en este campo entre la afectación del desarrollo motor fino y la afectación del desarrollo motor grueso, pero los resultados están en controversia al hallarse respuestas contrapuestas en varios artículos. Aunque algunos resultados evidencian la afectación del desarrollo motor grueso (sostén de la

cabeza, adquisición del equilibrio para mantenerse sentado, gateo, etc.) como consecuencia de la depresión materna durante el periodo prenatal condicionados, además, por la presencia de ansiedad materna (Ibanez et al., 2015), otros resultados derivados del análisis de la situación en varios puntos cronológicos de la maternidad en un estudio longitudinal alegan que cuando la depresión materna afecta a la mujer durante el periodo postnatal, es el desarrollo motor fino el más afectado (habilidades con las manos como el agarre en pinza que aparecen de forma más tardía) (Koutra et al., 2012). Por otro lado, se alcanzan incluso resultados positivos según Keim et al. (2011). En su estudio infieren que los síntomas de la depresión materna tanto a niveles altos como bajos durante el periodo perinatal tienen un mejor funcionamiento en pruebas de habilidades motoras finas. En esta cuestión no existen conclusiones firmes que demuestren la afectación del desarrollo motor en consecuencia directa de la depresión materna.

De igual forma, a pesar de que las consecuencias de la depresión materna prenatal y postnatal se producen tanto a nivel biológico, como psicológico y social, se deduce un mayor número de consecuencias biológicas, ya que dieciséis de los veinte artículos analizados tratan las consecuencias a este nivel.

Consecuencias de la depresión materna sobre el desarrollo psicológico y social del niño

La depresión materna que influye en el comportamiento del infante analizado en cada estudio es influida por diversas variables como el tipo de depresión, la gravedad, la cronicidad, la duración de esta, la heterogeneidad de la muestra estudiada y los factores de riesgo potenciados como la adversidad familiar, el apoyo social o las dificultades financieras. El conjunto de estos factores contribuye a la aparición o empeoramiento de los problemas en los niños (Salum e Morais et al., 2013). Los resultados obtenidos demuestran que las consecuencias de la depresión materna a cualquiera de los tres niveles están relacionados entre sí. Muchos de los hallazgos obtenidos en el apartado anterior se relacionan directamente con consecuencias a nivel psicológico y social y viceversa.

Tal y como exponen siete de los veinte artículos seleccionados, la mayoría de los problemas desarrollados a nivel psicológico y social tienen su origen en el apego,

más comúnmente llamado relación madre-hijo, es decir, la interacción entre ambos.

Koutra et al. (2012) sugieren en su estudio la asociación entre la depresión materna prenatal y postnatal y el cuidado infantil o la participación materna en las actividades relacionadas con el bebé. Se relaciona con efectos negativos sobre las prácticas implicadas en el cuidado del infante, así como actitudes maternas que pueden interferir en el desarrollo de un apego seguro que afectan directamente al desarrollo de la primera infancia produciendo retrasos (Alhusen et al., 2013; Kawai et al., 2016). Es frecuente que las madres con este trastorno durante el periodo posparto no sean capaces de proporcionar un entorno estimulante para el desarrollo de sus hijos ya que la patología las predispone a una reacción inapropiada a sus señales, no poder enfocar la atención en sus necesidades ni apreciar sus sentimientos (Junge et al., 2016; Keim et al., 2011) y existen menos intercambios visuales entre ambos (Salum e Morais et al., 2013).

En base a estos aspectos se pueden describir dos tipos de estilo de apego materno inseguro: evitativo y ansioso. El estilo de apego inseguro evitativo supone una abstinencia de las relaciones cercanas, por otro lado el ansioso se caracteriza por el deseo de intimidad en sus relaciones pero un fuerte temor al rechazo por falta de confianza en la capacidad para conservarlas (Alhusen et al., 2013). A pesar de la existencia de estos dos estilos, el más frecuente en el contexto de madres depresivas, y el analizado por varios autores es el evitativo.

Las consecuencias de la presencia continua de este apego inseguro como resultado de la presencia de síntomas depresivos maternos crecientes y persistentes están respaldadas por las siguientes conclusiones: el estilo de apego inseguro multiplica por dos las probabilidades de riesgo de retraso cognitivo, en el desarrollo y problemas de comportamiento infantil (Alhusen et al., 2013; Giallo, Woolhouse, Gartland, Hiscock y Brown, 2015; Koutra et al., 2012).

Así pues, existe una evidencia significativa de que las mujeres con una emocionalidad más positiva, mayor sociabilidad, energía y asertividad desarrollan una mayor sensibilidad a las señales de sus hijos y, por tanto, mayor vínculo materno-fetal durante el embarazo, así como durante el periodo postnatal, por lo que sus hijos se benefician de un desarrollo óptimo durante la infancia (Alhusen et al., 2013; Koutra et al., 2012).

Cobran fiabilidad entonces, los hallazgos de un estudio longitudinal en el que se sugiere la participación materna en las actividades de aprendizaje de su hijo/a durante la infancia temprana como leer un libro, además de involucrar a los niños en las tareas diarias. Se considera un factor protector que facilitaría la comprensión de cómo la depresión materna puede ser compatible con un entorno enriquecedor que aumente las oportunidades de proporcionar un desarrollo óptimo de la salud de los niños (Giallo et al., 2015).

Por otro lado, se plantea otra perspectiva a partir de los hallazgos realizados por Salum e Morais, Kiehl Lucci y Otta (2013) en su estudio. Argumentan que los hijos de madres con depresión, al no tener atención directa de su progenitora desarrollan más rápidamente el lenguaje oral como efecto compensatorio de la falta de apego.

En base al conjunto de resultados obtenidos a lo largo del análisis de los diferentes estudios se infiere que escasea información acerca de la afectación infantil derivada de la falta de interacción madre-hijo, aunque la balanza se inclina hacia efectos negativos.

Centrando las consecuencias en el análisis del neurodesarrollo se derivan varias categorías que examinar.

En cuanto al lenguaje, se observan varios de los artículos revisados que defienden un menor rendimiento de este (Fernandes et al., 2014; Ibanez et al., 2015; Kawai et al., 2016; Waters et al., 2014) en igualdad con varios estudios longitudinales y una revisión sistemática que abogan por una mejora en el desarrollo del lenguaje (Keim et al., 2011; Kingston, Tough y Whitfield, 2012; Salum e Morais et al., 2013). En uno de los estudios de tipo longitudinal (Kawai et al., 2016) se divide el lenguaje en sus dos vertientes: verbal y no verbal. Se halla el lenguaje no verbal como el más afectado ya que los gestos e imitaciones comienzan poco después de nacer y se cree que se crean en respuesta a las acciones maternas, disminuidas por el estado de depresión. Después de medir la depresión materna postnatal, desde el primer mes de vida hasta la edad de 14 meses, se observan los gestos posteriores reducidos, pero no los gestos tempranos, definiendo estos primeros como las acciones con objetos o la imitación de otras acciones adultas que indican la comprensión del entorno en el que se encuentran. Aunque los propios autores manifiestan que esta deducción sigue

siendo discutible, acaban concluyendo que cualquier aspecto de las habilidades de comunicación no verbal, incluyendo los gestos tempranos, se ven afectados a los 14 meses de vida como consecuencia de la depresión materna postnatal.

El temperamento y la conducta infantiles dentro del desarrollo socioemocional son otros de los aspectos psicológicos y sociales afectados por la depresión materna perinatal. Tras un estudio exhaustivo de todos los artículos implicados en el análisis de esta categoría se pueden delimitar varias deducciones: el aumento de las probabilidades de tener hijos con problemas socioemocionales es de aproximadamente tres o cuatro veces mayor que en hijos de mujeres no depresivas (Junge et al., 2016) y la depresión prenatal y postnatal provoca problemas de conducta y comportamiento antisocial a los 4 años de edad en los niños tales como un aumento de la ira en el comportamiento de estos y el uso de la fuerza en agresiones posteriores (Deave, Heron, Evans y Emond, 2008; Keim et al., 2011; Kingston et al., 2012; Waters et al., 2014). Además, y volviendo a hacer mención de las afectaciones biológicas de la depresión materna en el niño, Nasreen, Kabir, Forsell y Edhborg (2012) citan en su estudio que un retraso en el crecimiento a los dos o tres meses de edad desemboca en un temperamento difícil e impredecible, sumándose también el nacimiento prematuro (Junge et al., 2016). Estos problemas emocionales y conductuales pueden desglosarse más específicamente en problemas de déficit de atención y/o hiperactividad, incluso trastornos del espectro autista, lo que supondría dificultades de integración social y rendimiento escolar (Chang et al., 2014; Ibanez et al., 2015).

En consideración al desarrollo cognitivo, algunos resultados demuestran que se produce de manera adversa (Kingston et al., 2012; Koutra et al., 2012). En contraposición, otros autores defienden que no se generan consecuencias significativas (Brand y Brennan, 2009) a menos que la ansiedad esté presente, lo que provocaría un desarrollo cognitivo global levemente inferior a los 12 meses de vida (Keim et al., 2011). Asimismo, manifiestan la convicción de una mayor activación del lóbulo frontal derecho, encargado de procesos cognitivos complejos como el lenguaje, la memoria, el movimiento, la originalidad, la creatividad o la autoconciencia; aunque problemas de comportamiento (Wojciki et al., 2011).

Aun así, se debe seguir investigando sobre qué aspectos psicológicos y sociales del niño se ven afectados por la depresión materna prenatal y postnatal, ya

que nos encontramos ante un evidente equilibrio entre los efectos negativos y la no afectación o incluso afectación positiva del desarrollo de los hijos de madres con depresión perinatal.

Intervenciones enfermeras

La falta de información y/o de educación provoca, en muchos casos, mayor número de consecuencias y gravedad de las mismas. De esta manera, si se quieren evitar más casos de depresión perinatal cabe fomentar la proporción de información y poner en marcha las intervenciones o actividades necesarias desde un primer momento. Es ahí donde los/as enfermeros/as ocupamos un rol importante al estar en una excelente posición para ofrecer conocimiento y educación para la salud.

Después de la revisión de varios artículos (Alhusen et al., 2013; Kingston et al., 2012; Marnes y Hall, 2013), se exponen una serie de reflexiones que concluyen en un mismo resultado.

Un enfoque integral de la intervención en la mujer incluye un apoyo y cuidado antes, durante y después del embarazo (kingston et al., 2012). Marnes y Hall (2013) utilizan en su estudio una escala (Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo) para la medición de los síntomas actuales de depresión, consiguiendo así una identificación más temprana de esta. Se propone como un posible instrumento de medida de los/as enfermeros/as, concretamente las matronas, para la detección de trastornos de la salud mental perinatal. Una vez detectados, establecen el deber de la matrona de cuidar de la madre y su familia, de ahí el planteamiento de llevar a cabo visitas domiciliarias posparto en las que las mujeres se van a sentir más cómodas al hablar sobre temas delicados en la privacidad de su entorno, para delimitar los problemas y su posible etiología (biológica, psicológica, social). Es mediante la conversación, en la que se intenta establecer una buena relación entre enfermero/a y madres fundamental para el desarrollo de la autosuficiencia de las mujeres para proteger y atender correctamente a sus propios hijos (Alhusen et al., 2013), que la matrona puede identificar problemas en el niño que pueden tener su origen en el desarrollo de una depresión materna perinatal, puesto que las mujeres se encuentran en etapas susceptibles, además puede proceder a una evaluación física tanto de la madre como del bebé, y poner en marcha una educación para el resto de la familia con el fin de que la mujer reciba mayor nivel

de apoyo (Marnes y Hall, 2013).

De la misma manera, en un estudio longitudinal (Alhusen et al., 2013) se proponen programas de intervención temprana destinados concretamente a mejorar la relación entre padres e hijos mediante herramientas como el “Minding the Baby” centrado en la creación de vínculos madre-bebé mediante el que se educa y promueve el desarrollo infantil. El beneficio obtenido depende de los síntomas depresivos maternos y el estilo de apego madre-hijo. Es cierto que estas prácticas pueden verse dificultadas por la presencia de un estilo de apego inseguro, ya explicado anteriormente, al no conseguir conectar con el profesional intervencionista.

En cualquier caso, las mujeres se benefician tanto del apoyo práctico como del emocional y se demuestran efectos duraderos en cuanto a la salud y el desarrollo de los niños.

No obstante, se observa una creciente necesidad de detección de los posibles trastornos en el contexto de salud mental durante el periodo perinatal, aumento de las capacidades intervencionistas de los/as enfermeros/as en este ámbito y desarrollo adicional de programas e intervenciones de salud mental perinatal e infantil para complementar los ya existentes y lograr así una detección más temprana, una mejor atención y mejores resultados para las mujeres embarazadas y sus familias. Es más, urge la necesidad de una detección de las mujeres más susceptibles de sufrir depresión durante el periodo prenatal, para así poder iniciar la prevención y evitar resolver mayores problemas cuando las consecuencias son evidentes.

CONCLUSIÓN

Los resultados del presente estudio, tras el análisis y la discusión de los 20 artículos seleccionados, ilustran la complejidad de la relación entre la depresión materna prenatal y postnatal y las consecuencias en los niños. Resulta innegable que la depresión materna perinatal afecta el desarrollo en cualquiera de sus ámbitos aunque no lo hace al mismo nivel en todos ellos. El desarrollo del feto y el infante a nivel biológico, tanto prenatal como postnatalmente, se ve más afectado que el desarrollo psicosocial.

A nivel biológico, los síntomas depresivos durante el embarazo y durante el periodo posparto provocan problemas tales como el parto prematuro, bajo peso al nacer, retrasos en el crecimiento y en el desarrollo motor, siendo consecuencias en sí

mismas, aunque sin olvidar las controversias entre los diferentes estudios.

Por otro lado, se define el apego materno como una construcción impulsada biológicamente, inherente a los humanos, que tiene como objetivo la preservación de la especie mediante la protección. Cuando las figuras de referencia no manifiestan estos comportamientos hacia sus hijos, se producen retrasos o carencias a nivel psicológico y social, dejando entrever que el estilo de apego madre-hijo tiende a ser el origen y precedente de cualquier consecuencia posterior a estos niveles.

Haciendo distinción entre la depresión materna prenatal y la depresión materna postnatal cabe remarcar que la mayoría de los efectos sobre el desarrollo infantil son causados por la depresión materna durante el embarazo, por lo que se obtiene evidencia clara acerca de la primicia de la depresión materna prenatal que produce efectos postnatalmente pudiéndose confundir frecuentemente con efectos de la depresión postnatal sobre el desarrollo. Por esta razón, concluimos que la depresión materna prenatal es un marcador importante de una cascada de problemas en el feto y el infante durante la primera infancia.

Se hace patente la necesidad de identificar, por parte de los profesionales de enfermería, los síntomas depresivos de la mujer durante el embarazo de la manera más temprana posible, para poder reconocer madres de alto riesgo e iniciar intervenciones o tratamientos para prevenir resultados neonatales adversos. Hay pocos artículos que traten el tema de la prevención de la depresión materna, por lo que tal vez se necesite mayor indagación para poder implantar los programas de ayuda en su totalidad.

En definitiva, se puede afirmar que hay evidencia de que la depresión materna perinatal afecta al desarrollo biopsicosocial del niño y los profesionales de enfermería juegan un importante papel en la prevención y tratamiento de estas afecciones. Aun así, sigue siendo limitada y se necesita más investigación para el establecimiento de unas bases sólidas.

BIBLIOGRAFÍA

Alhusen, J. L., Hayat, M. J., y Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health, 16*, 521-529.

- Bowlby, J. (1998). *El apego. El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Brand, S. R., y Brennan, P. A. (2009). Impact of Antenatal and Postpartum Maternal Mental Illness: How are the Children? *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52, 441-455.
- Campbell, S. B. (2002). *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Chang, H. Y., Keyes, K. M., Lee, K.-S., Choi, I. A., Kim, S. J., Kim, K. W.,...Shin, Y.-J. (2014). Prenatal maternal depression is associated with low birth weight through shorter gestational age in term infants in Korea. *Early Human Development*, 90, 15-20.
- Davalos, D. B., Yadon, C. A., y Tregellas, H. C. (2012). Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: a review. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 1- 14.
- Deave, T., Heron, J., Evans, J., y Emond, A. (2008). The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG*, 115, 1043-1051.
- EFE. (3 de Diciembre de 2013). La depresión no discrimina por edades. Obtenido de ABC Web Site: <http://www.abc.es/salud/noticias/20121009/abci-depresion-discrimina-edades- 201309041650.html>
- Fernandes, M., Stein, A., Srinivasan, K., Menezes, G., y Ramchandani, P. (2014). Foetal exposure to maternal depression predicts cortisol responses in infants: findings from rural South India. *Child: care, health and development*, 41, 677-686.
- Giallo, R., Woolhouse, H., Gartland, D., Hiscock, H., y Brown, S. (2015). The emotional– behavioural functioning of children exposed to maternal depressive symptoms across pregnancy and early childhood: a prospective Australian pregnancy cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 1233-1244.
- Greenspan, S. I., y Benderly, B. L. (1998). *El crecimiento de la mente y los ambiguos orígenes de la inteligencia*. Barcelona: Paidós.
- Ibanez, G., Bernard, J. Y., Rondet, C., Peyre, H., Forhan, A., Kaminski, M., y Saurel-

- Cubizolles, M.-J. (2015). Effects of Antenatal Maternal Depression and Anxiety on Children's Early Cognitive Development: A Prospective Cohort Study. *PLoS ONE*, *10*, 1-16.
- Junge, C., Garthus-Niegel, S., Slinning, K., Polte, C., Simonsen, T. B., y Eberhard-Gran, M. (2016). The Impact of Perinatal Depression on Children's Social-Emotional Development: A Longitudinal Study. *Maternal and Child Health*, *21*, 607-615.
- Kawai, E., Takagai, S., Takei, N. T., Itoh, H., Kanayama, N., y Tsuchiya, K. J. (2016). Maternal postpartum depressive symptoms predict delay in non-verbal communication in 14- month-old infant. *Infant Behavior and Development*, *46*, 33-45.
- Keim, S. A., Daniels, J. L., Dole, N., Herring, A. H., Siega-Riz, A. M., y Scheidt, P. C. (2011). A prospective study of maternal anxiety, perceived stress, and depressive symptoms in relation to infant cognitive development. *Early Human Development*, *87*, 373-380.
- Khoury, J. E., Gonzalez, A., Levitan, R., Masellis, M., Basile, V., y Atkinson, L. (2016). Maternal self-reported depressive symptoms and maternal cortisol levels interact to predict infant cortisol levels. *Infant Mental Health Journal*, *37*, 125-139.
- Kingston, D., Tough, S., y Whitfield, H. (2012). Prenatal and Postpartum Maternal Psychological Distress and Infant Development: A Systematic Review. *Child Psychiatry & Human Development*, *43*, 683-714.
- Koutra, K., Chatzi, L., Bagkeris, M., Vassilaki, M., Bitsios, P., y Kogevinas, M. (2012). Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*, 1335-1345.
- Marnes, J., y Hall, P. (2013). Midwifery care: A perinatal mental health case scenario. *Women and Birth*, *26*, 112-116.
- Nasreen, H.-E., Kabir, Z. N., Forsell, Y., y Edhborg, M. (2012). Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and

motor development: Results from a population based study in Bangladesh. *Journal of Affective Disorders*, 146, 254-261.

Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud. (16 de Septiembre de 2004). *Es posible prevenir los trastornos mentales y promover la salud mental, según los últimos datos publicados por la OMS*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud Web Site: <http://www.who.int/mediacentre/news/new/nw1/es/>

Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud. (9 de Octubre de 2012). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud Web Site: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/

Centro de prensa de la Organización Mundial de la Salud. (22 de Marzo de 2018). *Depresión*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud Web Site: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Salum e Morais, M. d., Kiehl Lucci, T., y Otta, E. (2013). Postpartum depression and child development in first year of life. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30, 7-17.

Waters, C. S., Hay, D. F., Simmonds, J. R., y Van Goozen, S. H. (2014). Antenatal depression and children's developmental outcomes: potential mechanisms and treatment options. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, 957-971.

Wisner, K. L., Bogen, D. L., Sit, D., McShea, M., Hughes, C., Rizzo, D.,...Wisniewski, S. W. (2013). Does Fetal Exposure to SSRIs or Maternal Depression Impact Infant Growth? *American Journal of Psychiatry*, 170, 485-493.

Wojcicki, J. M., Holbrook, K., Lustig, R. H., Epel, E., Caughey, A. B., Muñoz, R. F.,...Heyman, M. B. (2011). Chronic Maternal Depression Is Associated with Reduced Weight Gain in Latino Infants from Birth to 2 Years of Age. *PLoS ONE*, 6, 1-8.

ANEXOS

Tabla resumen de los estudios incluidos

| AUTOR | ESTUDIO/DISEÑO Y MUESTRA | OBJETIVO | RESULTADOS |
|-------------------------|---|--|--|
| (Alhusen et al., 2013) | <p>Estudio longitudinal (prospectivo). De un primer estudio con una muestra de 166 mujeres participaron en el estudio actual 81 de estas.</p> <p>Condición de participación: vivir con sus hijos.</p> <p><i>Medidas: Entre 24-28 semanas de gestación; entre los 14-26 meses de edad del/la niño/a.</i></p> | <p>Examinar el impacto prolongado de la mala calidad de apego durante el embarazo en el desarrollo de los niños pequeños.</p> | <p>El tipo de vínculo materno-fetal y la sintomatología depresiva durante el puerperio influyen en el desarrollo de la primera infancia. Las mujeres con un vínculo evitativo y sintomatología depresiva son más propensas a provocar problemas en el desarrollo social, emocional y cognitivo de sus hijos durante la primera infancia.</p> |
| (Brand y Brennan, 2009) | <p>Revisión sistemática. 17 estudios longitudinales (prospectivos).</p> | <p>Examinar los efectos de la ansiedad y la depresión materna prenatal y postnatal sobre el desarrollo cognitivo, conductual y psicológico del niño desde la</p> | <p>El ambiente en el útero puede afectar el desarrollo del sistema nervioso fetal, de manera que la exposición a la ansiedad y la depresión materna tanto prenatal como postnatal produce cambios en el desarrollo del infante.</p> |

| | | | |
|------------------------|--|---|---|
| | | infancia hasta la adolescencia. | |
| (Chang et al., 2014) | Estudio prospectivo de cohortes, de investigación. 691 mujeres en su tercer trimestre de embarazo para dar a luz a un hijo único a término y sin complicaciones perinatales. | Estudiar la influencia de la depresión prenatal en el bajo peso al nacer, el tiempo de gestación, y el peso estandarizado para un nacimiento a término. | La depresión prenatal no afecta directamente al bajo peso al nacer a término. Sin embargo, favorece los nacimientos a pretérmino que se acompañan de bajo peso al nacer, por lo que se sugiere una asociación indirecta entre la depresión materna prenatal y el bajo peso al nacer. |
| (Davalos et al., 2012) | Revisión sistemática. 14 artículos resultantes de búsquedas en bases de datos PsycInfo y Medline. | Evaluar los efectos de la depresión sin tratamiento durante el embarazo en el desarrollo del feto y el niño. | La presencia de depresión durante el embarazo aumenta las probabilidades de parto prematuro y bajo peso al nacer y provoca desajustes hormonales (Cortisol, Dopamina y Serotonina) en el bebé. Además, se evidencia que los fetos de madres depresivas aparentan responder más lentamente a estímulos externos. |
| (Deave et al., 2008) | Estudio longitudinal (prospectivo) de | Examinar la asociación entre los | De 1565 mujeres embarazadas con un trastorno depresivo |

| | | | |
|--------------------------|--|---|---|
| | <p>cohortes.</p> <p>Todas las mujeres embarazadas del antiguo condado de Avon (Suroeste de Inglaterra): 9244 mujeres y sus hijos.</p> <p><i>Medidas:</i></p> <p><i>prenatalmente a las 18 y 32 semanas de gestación;</i></p> <p><i>postnatalmente a las 8 semanas y 8 meses.</i></p> | <p>síntomas depresivos maternos durante el embarazo y el desarrollo infantil a los 18 meses de vida.</p> | <p>prenatal, 893 infantes tuvieron retrasos en el desarrollo a los 18 meses de edad.</p> |
| (Fernandes et al., 2014) | <p>studio transversal, cualitativo de investigación.</p> <p>133 mujeres en el tercer trimestre de embarazo evaluadas por depresión antes y después del parto.</p> <p>La respuesta del cortisol salival a la inmunización se midió en 58 bebés a los 2 meses de vida.</p> | <p>Estudiar la relación entre la exposición fetal a la depresión prenatal y la reactividad del Cortisol infantil a la inmunización.</p> | <p>La exposición fetal a la depresión materna prenatal provoca respuestas elevadas de cortisol a la inmunización.</p> |
| (Giallo et al., 2015) | <p>Estudio longitudinal (prospectivo) de</p> | <p>Analizar la relación entre la gravedad y la</p> | <p>Los hijos cuyas madres presentan síntomas depresivos altos,</p> |

| | | | |
|-----------------------|--|---|--|
| | <p>cohortes, de investigación, cualitativo.</p> <p>1507 mujeres embarazadas de las que, finalmente, participaron 1483 hasta el final del embarazo y 1102 pasados 4 años.</p> <p><i>Medidas: durante el embarazo; a los 6 meses; a los 4 años posparto.</i></p> | <p>cronicidad de los síntomas depresivos maternos durante la primera infancia y las dificultades emocionales y conductuales de los infantes a los 4 años de edad.</p> | <p>persistentes y crecientes tienen al menos dos veces más probabilidades de tener dificultades emocionales y conductuales que los hijos de madres que presentan pocos síntomas.</p> |
| (Ibanez et al., 2015) | <p>Estudio de cohortes longitudinal (prospectivo) de investigación.</p> <p>1380 infantes de 2 años y 1227 infantes de 3 años.</p> <p><i>Medidas: 24-28 semanas de gestación; 4, 8, 12 meses posparto; 3 años posparto; 24 meses de edad del/la niño/a; 36 meses de edad del/la niño/a.</i></p> | <p>Explorar la relación entre la depresión materna prenatal, la ansiedad materna y el desarrollo del niño durante la primera infancia.</p> | <p>Existe una fuerte asociación entre la ansiedad materna prenatal y un peor desarrollo cognitivo en los infantes de 2 y 3 años. En cambio, no se ve relación entre la depresión materna prenatal y el desarrollo de los infantes a menos que la depresión se viera acompañada por ansiedad.</p> |
| (Junge et al., 2016) | <p>Estudio longitudinal</p> | <p>Investigar si la depresión materna</p> | <p>Existe una asociación directa entre</p> |

| | | | |
|-----------------------------|---|--|--|
| | <p>(prospectivo), de cohortes.</p> <p>1235 mujeres que dieron a luz en el Hospital Universitario Akershus de Noruega, y sus respectivos hijos/as.</p> <p><i>Medidas: semana 32 de embarazo; semana 8 posparto; a los 2 años de edad.</i></p> | <p>perinatal en diferentes puntos temporales afecta el desarrollo socioemocional de los niños a los 2 años de edad.</p> | <p>problemas socioemocionales y desajustes hormonales del infante a los 2 años de edad y la depresión materna, independientemente de cual sea el momento de desarrollo (prenatal o postnatal).</p> |
| <p>(Kawai et al., 2016)</p> | <p>Estudio de cohortes, longitudinal (prospectivo) de investigación.</p> <p>1064 mujeres con fecha probable de parto entre 01/12/2007 y 30/11/2011 en la ciudad de Hamamatsu, y 951 niños/as al nacer.</p> <p><i>Medidas: asociación entre los síntomas depresivos maternos medidos</i></p> | <p>Investigar la relación entre los síntomas depresivos maternos durante el periodo posparto y la comunicación no verbal de los niños.</p> | <p>Los bebés cuyas madres presentan síntomas depresivos posparto tienden a un mayor riesgo de experimentar un retraso en el desarrollo de la comunicación no verbal.</p> |

| | | | |
|---------------------|---|--|--|
| | <p><i>durante el primer mes y a las 10 semanas después del parto, y el desarrollo de habilidades de comunicación no verbal medido a los 14 meses de edad con un seguimiento de aproximadamente 10 años.</i></p> | | |
| (Keim et al., 2011) | <p>Estudio longitudinal (prospectivo) de investigación. 358 díadas madre-hijo de una muestra inicial de 1169, cuyas madres no han vuelto a quedarse embarazadas durante el primer año después del parto.</p> <p><i>Medidas: a las 20 semanas de gestación; entre las 24-29 semanas de gestación; durante el posparto; a los</i></p> | <p>Examinar la relación entre la salud psicológica materna durante el periodo de embarazo o posparto y el desarrollo motor y cognitivo infantil.</p> | <p>La sintomatología depresiva, entre otros problemas psicológicos, influyen relativamente poco sobre el desarrollo infantil. De hecho, la angustia materna psicosocial moderada puede acelerar ligeramente el desarrollo motor y algunos aspectos del lenguaje.</p> |

| | <i>12 meses.</i> | | |
|-------------------------|---|--|---|
| (Khoury et al., 2016) | Estudio transversal, cualitativo de investigación. 297 díadas madre-hijo/a que participaron en 2 pruebas a los 16 y 17 meses de edad. | Analizar la relación entre los síntomas depresivos maternos y el funcionamiento hipotalámico-pituitario-adrenal de los infantes. | Los niveles de cortisol en los infantes son directamente proporcionales a los niveles de cortisol maternos y los síntomas depresivos, lo que provoca desajustes hormonales y mayor reactividad infantil al estrés. |
| (Kingston et al., 2012) | Revisión sistemática. 18 estudios anteriores que incluyen información sobre desarrollo infantil global, comportamiento, desarrollo socioemocional, cognitivo y desarrollo psicomotor en bebés desde su nacimiento hasta los 12 meses de vida. | Evaluar la asociación entre el sufrimiento psicológico materno, tanto en periodo prenatal como postnatal, y el desarrollo infantil global, cognitivo, conductual, psicomotor y socioemocional. | El sufrimiento psicológico materno prenatal puede tener efectos adversos en el desarrollo cognitivo, conductual y psicomotor. Por otro lado, el sufrimiento psicológico materno postnatal afecta al desarrollo cognitivo y socioemocional. Aunque, no hay pruebas que confirmen la relación entre la angustia postnatal y el retraso en el desarrollo del lenguaje y psicomotor, se sospecha incluso, que |

| | | | |
|-----------------------|---|--|---|
| | | | genera mejoras. |
| (Koutra et al., 2012) | <p>Estudio longitudinal (prospectivo) de investigación. 223 mujeres durante el embarazo y 8 semanas posparto. Una muestra adicional de 470 que completaron la Edinburgh Postnatal Depression Scale, resultando un total de 693 mujeres.</p> <p><i>Medidas: 8 semanas de gestación; 6 meses posparto; 18 meses posparto; seguimiento hasta los 4 años de vida.</i></p> | Examinar el efecto de la salud mental materna (prenatal y postnatal) sobre el neurodesarrollo infantil a los 18 meses de vida. | Los síntomas depresivos prenatales mediados por hormonas del estrés materno afectan negativamente al desarrollo cognitivo del niño provocando alteraciones en el desarrollo del cerebro fetal, desregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal y aumento del riesgo de alta reactividad al estrés y emocional, dando como resultado problemas de comportamiento en la infancia y la adolescencia. Por otro lado, los síntomas depresivos postnatales se asocian con una disminución en el desarrollo cognitivo además de en el desarrollo motor fino. |
| (Marnes y Hall, 2013) | <p>Estudio de caso, transversal de investigación. 1 pareja que tras 5 años de intentos de</p> | Analizar las posibles intervenciones de la matrona en mujeres que | La intervención en cuidado y apoyo de la matrona puede ser beneficioso para la mujer en periodo prenatal y |

| | | | |
|------------------------|--|---|---|
| | concepción optan por la reproducción asistida. La mujer muestra síntomas depresivos prenatales. | presentan síntomas depresivos. | postnatal y ayudará a resolver problemas durante el periodo postnatal. Se plantean la posibilidad de un seguimiento de la mujer en el domicilio por parte de la matrona durante el que recibirá la ayuda necesaria. |
| (Nasreen et al., 2012) | Estudio longitudinal (prospectivo) cualitativo, de investigación. 720 mujeres embarazadas desde el tercer trimestre de embarazo a los 6-8 meses posparto. 652 hijos de estas, participaron desde los 2-3 meses hasta los 6-8 meses de vida. <i>Medidas: 3º trimestre de embarazo, 2-3 meses posparto, 6-8 meses posparto.</i> | Examinar los efectos de la depresión materna perinatal sobre el crecimiento del bebé y su desarrollo motor. | Los síntomas depresivos a los 2-3 meses posparto provocan bajo peso a los 6-8 meses de edad. Por otro lado, los síntomas depresivos a los 2-3 meses posparto provocan un deterioro en el desarrollo motor infantil a los 6-8 meses de edad. |
| (Salum e | Estudio | Investigar las | Los bebés de madres |

| | | | |
|-----------------------|--|---|--|
| Morais, 2013) | longitudinal (prospectivo), cualitativo de investigación. 241 mujeres que dieron a luz en el hospital universitario de São Paulo y acudían a centros de salud de la zona oeste de la ciudad en el periodo comprendido entre 2006 y 2008. <i>Medidas: 4, 8, 12, 24 y 36 meses de vida.</i> | características del desarrollo infantil a los 4, 8 y 12 meses de edad de infantes cuyas madres presentan depresión posparto. | con depresión posparto presentan un retraso en el desarrollo social a los 4 meses de edad, en el desarrollo motor fino a los 8 meses y en el desarrollo motor grueso a los 12 meses. Sin embargo, mostraron mejores resultados en el desarrollo motor fino y en el desarrollo del lenguaje a los 12 meses. |
| (Waters et al., 2014) | Revisión sistemática. 26 estudios anteriores. | Resumir en un estudio los fundamentos teóricos y la evidencia empírica del impacto de la depresión materna prenatal sobre el desarrollo de los niños. | Existe un efecto de la depresión prenatal sobre la conducta de los niños aumentando la ira y la fuerza en las agresiones, además de ser un predictor de comportamiento antisocial. |
| (Wisner et al., 2013) | Estudio longitudinal (prospectivo) observacional. 174 | Comparar el crecimiento de hijos de mujeres con | No se establece relación significativa entre la depresión mayor prenatal |

| | | | |
|-------------------------|--|---|--|
| | <p>mujeres embarazadas con edades comprendidas entre 15 y 44 años: 31 con trastorno de depresión mayor sin tratamiento con ISRS, 46 en tratamiento con ISRS, 97 sin depresión ni exposición a ISRS.</p> <p><i>Medidas: las mujeres fueron evaluadas a las 20, 30 y 36 semanas de gestación; las díadas madre-hijo fueron evaluadas a las 2, 12, 26 y 52 semanas después del parto.</i></p> | <p>depresión mayor prenatal sin tratamiento o tratados con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS), e hijos de madres sin depresión mayor durante el primer año de vida.</p> | <p>materna ni la exposición a ISRS y el bajo peso al nacer, la talla o el perímetro craneal.</p> |
| (Wojcicki et al., 2011) | <p>Estudio longitudinal (prospectivo) de investigación. 181 díadas madre-bebé.</p> <p><i>Medidas: La depresión fue evaluada en todas</i></p> | <p>Evaluar el impacto de la depresión materna prenatal y postnatal desde el embarazo hasta los 2 años de edad del bebé.</p> | <p>La exposición a la depresión materna crónica en el período pre y postnatal se asocia con una reducción del aumento de peso en los primeros dos años de vida, un mayor riesgo de retraso del crecimiento y</p> |

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
| | <i>las madres prenatalmente y a las 4-6 semanas posparto. A los 6, 12 y 24 meses los/as niños/as fueron medidos y pesados.</i> | | desajustes hormonales. |
|--|--|--|------------------------|