



Fecha de recepción: 3 de julio de 2024
Fecha de aceptación: 13 de febrero de 2025

ARTÍCULO DE REVISIÓN

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.41.03.896.414>

Intervenciones no farmacológicas eficaces para la depresión perinatal asociada a mujeres embarazadas: Una revisión integrativa

Effective non-pharmacological interventions for perinatal depression associated with pregnant women: An integrative review

LUCÍA VALENZUELA ARAUJO¹, GUSTAVO ALFREDO GÓMEZ RODRÍGUEZ²,
CAROLINA VALDEZ MONTERO³, ROSARIO EDUARDO APODACA ARMENTA⁴

¹ Estudiante de Doctorado en Ciencias en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa (México). Profesor, Universidad Autónoma de Sinaloa. luciavalenzuela@uas.edu.mx. <https://orcid.org/0000-0001-6621-3103>

² Doctor en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León (México). Profesor e investigador, Universidad Autónoma de Sinaloa (México). gustavogomez@uas.edu.mx. <https://orcid.org/0000-0002-3034-5443>

³ Doctora en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León (México). Profesor e investigador, Universidad Autónoma de Sinaloa. carolina.valdez@uas.edu.mx. <https://orcid.org/0000-0002-4938-3087>

⁴ Doctor en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León (México). Profesor e investigador, Universidad Autónoma de Sinaloa (México). eduardoapodaca@uas.edu.mx. <http://orcid.org/0000-0002-8144-3457>

Correspondencia: Gustavo Gómez Rodríguez. gustavogomez@uas.edu.mx

RESUMEN

Introducción: En países de ingresos medios y bajos, la prevalencia de la depresión durante el embarazo se estima en un 25,8 %. La depresión postparto afecta al 25,8 % de las mujeres puérperas de países de bajos ingresos y al 20,7 % en los países de ingresos medios. La comprobación de que el 50 % de los episodios de depresión postparto comienza, en realidad, en el embarazo deja la necesidad de buscar intervenciones que puedan ser aplicadas en este periodo, debido a las potenciales consecuencias sobre el bienestar de las mujeres, hijos y familias. Por lo tanto, es necesaria la identificación de evidencia actual de intervenciones eficaces no farmacológicas para la depresión perinatal asociada a mujeres embarazadas.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión integrativa siguiendo la guía de Toronto y Remington, que establece seis etapas para sintetizar la evidencia encontrada. Las bases de datos consultadas fueron EBSCO host, PubMed, Elsevier ScienceDirect y Ovid Medline se recuperaron artículos en inglés y español, publicados de 2019 a 2023.

Resultados: Se identificaron 15 artículos, 6 fueron estudios clínicos aleatorizados y 9 revisiones sistemáticas con metaanálisis, en los cuales se reconocieron las terapias psicológicas (incluidas la cognitiva conductual e interpersonal), la atención plena (*mindfulness*) y de apoyo entre pares como las intervenciones que han demostrado mayores datos significativos en la prevención y tratamiento de la depresión perinatal en su aplicación en mujeres embarazadas.

Palabras clave: Depresión perinatal, mujeres embarazadas, depresión prenatal, depresión posparto.

ABSTRACT

Introduction: In low and middle-income countries, the prevalence of depression during pregnancy is estimated at 25.8%. Postpartum depression affects 25.8% of postpartum women in low-income countries and 20.7% in middle-income countries. The finding that 50% of postpartum depression episodes actually begin in pregnancy leaves the need to seek interventions that can be applied from this period due to the potential consequences to the well-being of women, children, and families. Therefore, it is necessary to identify current evidence of effective non-pharmacological interventions for perinatal depression associated with pregnant women.

Materials and methods: An integrative review was performed following the Toronto and Remington guidelines that establish six stages to synthesize the evidence found. The databases consulted were EBSCOhost, PubMed, Elsevier ScienceDirect, and Ovid Medline; articles were retrieved in English and Spanish, published between 2019 and 2023.

Results: Fifteen articles were identified, 6 were randomized clinical studies and 9 were systematic reviews with meta-analysis, in which psychological therapies (including cognitive behavioral and interpersonal), mindfulness and peer support were recognized as the interventions that have shown the most significant data in the prevention and treatment of perinatal depression in their application in pregnant women.

Keywords: Perinatal depression, pregnant women, prenatal depression, postpartum depression.

INTRODUCCIÓN

Según las Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), la salud mental es un estado de bienestar mental que ayuda a las personas a enfrentar situaciones de estrés de la vida, desarrollar habilidades, poder aprender y trabajar apropiadamente y aportar a la mejora de su comunidad. La salud mental es un derecho humano esencial (2). En 2019, una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de personas) padecían un trastorno mental (3). Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos, que en 2020 aumentaron considerablemente debido al impacto de la pandemia de Covid-19; las estimaciones muestran un aumento del 26 y el 28 % de ansiedad y trastornos depresivos graves en un año (4).

Los trastornos depresivos son la primera causa de años vividos con discapacidad (AVD) en mujeres de 15 a 29 años y la segunda causa en mujeres de 30 a 54 años en la región de las Américas (5). La prevalencia de la depresión durante el embarazo se estima de 25,8 % en países de ingresos medios y bajos (6). La depresión postparto afecta al 25,8 % de las mujeres puérperas de países de bajos ingresos y al 20,7 % en los países de ingresos medios (7). La OMS ha manifestado la necesidad de servicios de atención social y salud mental basados en la evidencia y orientados a los derechos humanos en ambientes comunitarios para la identificación y el tratamiento oportunos de los trastornos mentales maternos (8).

La salud mental en el periodo perinatal (comprendido desde el embarazo hasta los 12 meses después del parto) es de vital importancia en la salud pública (9). Es precisamente en la gestación cuando la mujer experimenta una serie de modificaciones psíquicas y conductuales que modifican su manera de pensar, de sentir y su estilo de vida (10). La gestación genera una diversidad de sentimientos que van desde la felicidad, el miedo, la incertidumbre, el rechazo y hasta la total

ambivalencia (11). Las alteraciones fisiológicas, como la interacción de mecanismos hormonales y componentes externos que suceden en la mujer en etapa perinatal, trascienden en su salud mental, lo que la hace más susceptible a sufrir un trastorno (12). Hasta la penúltima versión de clasificación de los trastornos mentales, según el DSM-IV (2000), la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) acordaba que se podía incluir un especificador del inicio de la depresión denominado “postparto” (13). En su más nueva versión (DSM-V) de 2013 se sustituyó el nombre de dicho especificador por el de “periparto”, consiguiendo aplicarse a todo episodio depresivo de comienzo en el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. La razón de este cambio es la demostración de que el 50 % de los episodios de depresión postparto inicia, en realidad, en el embarazo, lo que da cuenta de la continuación de los problemas anímicos perinatales (13).

Los problemas de salud mental durante el periodo perinatal suelen demandar de atención urgente, debido a las potenciales consecuencias, las disonancias y conflictos asociados a la maternidad, si estas no se tratan, pueden afectar el bienestar de las mujeres, de sus hijos y de otros miembros de la familia (14). La depresión perinatal tiene un impacto revelador en las tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil (15). Esto se refleja en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que destacan la necesidad de reducir la mortalidad materna y promover la salud mental (16).

La prevalencia de la depresión perinatal en los países de ingresos bajos y medianos es considerada difícil de determinar debido a la falta de datos locales sobre salud mental perinatal, además de la limitada evidencia de estudios publicados. Las mujeres en periodo perinatal de estos países se encuentran con un mayor riesgo de padecer depresión, debido a que comparten algunas características, como los bajos ingresos económicos, la violencia de pareja, falta de formación en salud mental de los profesionales de salud, las deficiencias en la estructura y la baja disponibilidad de recursos monetarios de los sistemas sanitarios (17,18).

Por lo tanto, la identificación de tratamientos preventivos y en atención de la depresión perinatal en los países de ingresos medios y bajos es indispensable para mejorar los resultados de salud de las mujeres en estas regiones, lo cual requiere el desarrollo de servicios de salud mental basados en evidencia. La atención basada en evidencia exige la integración del mejor bagaje de investigación, experiencia clínica y valoraciones; por eso, se requiere hacer un abordaje extenso de la literatura y, particularmente, responder preguntas que se tienen sobre la práctica (19).

Para realizar el abordaje de la literatura es pertinente una revisión sistemática que permita rescatar la evidencia de calidad existente (20). La realización de una revisión debe ser parecida a los pasos que efectúa un investigador al ejecutar un estudio de investigación: formulación de una pregunta y recopilación y análisis de datos (21). Para que una revisión se considere rigurosa, se debe seguir e informar un proceso sistemático; esto permite a los lectores valorar el intento del revisor de aminorar el sesgo y, si se quiere, replicar el mismo procedimiento de revisión y sacar conclusiones similares (22).

Una revisión oportuna es la revisión integradora, ya que permite conocer el estado actual de la evidencia, responder preguntas con enfoque amplio, evaluar la calidad de cada estudio, interpretar los estudios individuales y sintetizar algunas conclusiones significativas para compartir nuevos conocimientos del tema (19). Por lo anterior, se plantea una revisión integradora con el propósito de identificar la evidencia actual de intervenciones eficaces no farmacológicas para la depresión perinatal asociada a mujeres embarazadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión integrativa de la literatura, de acuerdo con la guía paso a paso para realizar una revisión integradora establecida por Toronto y Remington (1). Este método permite al revisor conocer el estado actual de la evidencia científica, identificar la calidad de la evidencia, marcar las lagunas del conocimiento y sintetizar la evidencia encontrada, de manera que se puedan generar nuevas interpretaciones (19).

El enfoque metodológico seguido en la guía de Toronto y Remington es basado en el marco de Cooper (23), que establece seis etapas : (1) etapa de formulación del problema, en la que se establecen claramente el propósito general y las preguntas de revisión; (2) búsqueda sistemática de literatura, que utiliza una estrategia de búsqueda integral y replicable para recopilar datos; (3) etapa de evaluación de calidad de los estudios, en la que se valora la calidad metodológica y relevancia de la literatura seleccionada; (4) etapa de análisis y síntesis de literatura, que incluye la abstracción, comparación y síntesis de datos; (5) etapa de discusión y conclusión sobre nuevos conocimientos, en la que se realiza la interpretación de los hallazgos e implicaciones para la investigación; (6) etapa de planes de difusión de hallazgos.

Formulación del problema

El propósito de esta revisión surgió a partir de la siguiente pregunta de investigación: *¿Qué intervenciones no farmacológicas son eficaces para la depresión perinatal asociada a mujeres embarazadas?*; esta pregunta se desarrolló con la finalidad de recuperar la evidencia necesaria para reflexionar sobre las intervenciones que pueden ser aplicadas, así como identificar su eficacia.

Criterios de inclusión y exclusión

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados en inglés y español, ensayos clínicos aleatorizados (ECAS), metaanálisis, artículos publicados de 2019 a 2023, estudios que miden la eficacia de las intervenciones no farmacológicas para la depresión perinatal en mujeres embarazadas mayores de 18 años; los criterios de exclusión fueron: estudios que incluyeran algún tipo de terapia farmacológica, mujeres con muerte fetal, ensayos no aleatorios y la literatura gris.

Estrategia de búsqueda

Para seleccionar los estudios se exploraron 4 bases de datos: EBSCO host, PubMed, Elsevier ScienceDirect y Ovid Medline. La búsqueda se efectuó en octubre a noviembre de 2023, donde se utilizaron los siguientes términos como descriptores: (((((pregnant women or pregnant woman or pregnancy or pregnant or expecting mother))) AND ((interventions or therapy or treatment or strategies))) AND ((perinatal depression or antenatal depression or postpartum depression or perinatal mental health)) AND (randomized controlled trials or rtc or randomized control trials)) NOT ((non-pharmacological interventions or non-pharmacological therapy or non-pharmacological Treatment)). Se llevó a cabo la selección en títulos y resúmenes de los documentos para determinar si se podían incluir en la revisión.

Evaluación de la calidad de los estudios

Se realizó la lectura en texto completo de los artículos de investigación seleccionados, con la finalidad de identificar las principales características de las publicaciones sobre el fenómeno de estudio. La evaluación de la calidad de los estudios se llevó a cabo utilizando lista de verificación de evaluación crítica del protocolo de Joanna Briggs Institute (JBI) para ensayos controlados aleatorios y la lista de verificación de evaluación crítica del JBI para revisiones sistemáticas y síntesis de investigaciones (24).

Análisis y síntesis de literatura

Se realizó un proceso de síntesis de literatura para integrar evidencias de diferentes fuentes bibliográficas, por lo que se desarrolló una matriz de revisión con filas y columnas estructuradas. El lado izquierdo de la tabla incluye una fila para cada fuente bibliográfica; en la parte superior hay una serie de columnas que incluye la información clave de cada uno de los estudios.

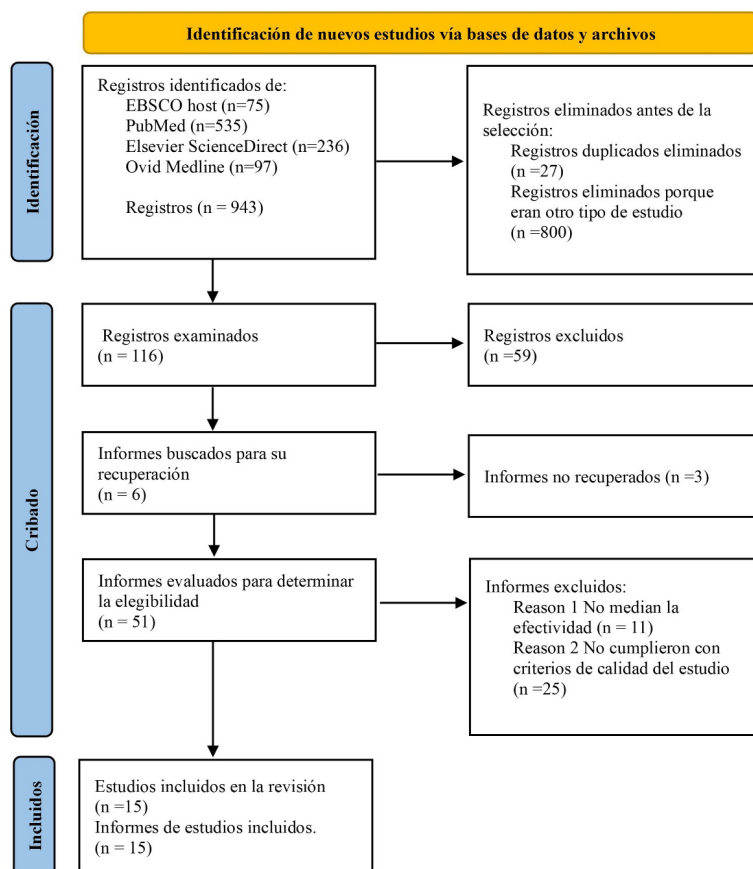
Discusión y conclusión

La discusión se llevó a cabo mediante la elaboración de un breve resumen sobre el propósito de la revisión y los hallazgos más relevantes, seguido de un análisis que contribuye a responder la pregunta de investigación y sus implicaciones para la investigación y la práctica. En la conclusión se resaltan puntos claves a considerar sobre los hallazgos encontrados.

RESULTADOS

Selección de los estudios y resultados de búsqueda

Se efectuó el filtro de artículos y los resultados de la búsqueda mediante la metodología PRISMA (ver figura) (25). De acuerdo con la estrategia de búsqueda, se recuperó un total de 943 artículos. Se seleccionaron 116 artículos, después de leer su título y resumen. Se hizo un cribado en el que quedaron 51 artículos, seguido de leer el texto completo, y se excluyeron 36 artículos. Por último, se utilizaron 15 artículos en la revisión integrativa, de los cuales 6 fueron estudios clínicos aleatorizados y 9 revisiones sistemáticas y metaanálisis; los años de publicación fueron de 2019 a 2023.



Fuente: traducida de: McKenzie, et al. Updated reporting guidance for systematic reviews: Introducing PRISMA 2020 to readers of the Journal of Affective Disorders (25).

Figura. Flujograma del proceso de selección de los artículos

Evaluación de la calidad de los estudios

Se realizó evaluación de la calidad de los estudios con el objetivo de evaluar la calidad metodológica de cada uno y determinar en qué medida se ha tenido en cuenta la posibilidad de sesgo en su diseño, realización y análisis. Los artículos fueron seleccionados para su inclusión de acuerdo con los criterios determinados en la lista de verificación de evaluación crítica del JBI para ensayos controlados aleatorios: seis de ellos mostraban la generación de secuencias aleatorias y la ocultación de la asignación, cuatro marcaban el cegamiento de los participantes, del personal y el cegamiento de la evaluación de resultados, y dos no mostraban información sobre el cegamiento (24). En

la evaluación de la calidad de los estudios de la lista de verificación de evaluación crítica del JBI para revisiones sistemáticas y síntesis de investigaciones se incluyeron criterios como la pregunta de revisión, criterios de inclusión apropiados, la estrategia de búsqueda, las fuentes y recursos utilizados, los criterios para evaluar los estudios, la evaluación crítica, extracción de datos, y en cuanto a la probabilidad de sesgo de publicación, ocho revisiones mostraban riesgo bajo de sesgo y uno mostró riesgo considerable (24). La evaluación de la validez de los estudios incluidos fue realizada por dos investigadores expertos en la temática de interés.

Características de los estudios

Las características de los 6 estudios ECA incluidos en la revisión se presentan en la tabla 1. Las participantes en cada estudio oscilaron entre 30 y 5000 mujeres, en su mayoría se trataba de mujeres embarazadas, 3 estudios de mujeres con embarazo único (26, 27, 28) y en el período posparto; algunos estudios coinciden en la aplicación de la intervención entre las semanas 13 y 28 de gestación (26, 27). Las intervenciones en su totalidad se comenzaron durante el embarazo después del primer trimestre, con seguimiento del efecto después del parto, hasta tres meses posteriores, con buenos resultados en prevención y disminución de síntomas depresivos (26, 27, 28, 29, 30, 31).

Las características de las revisiones sistemáticas y metaanálisis se presentan en la tabla 2. Incluyen la efectividad de distintas intervenciones; las participantes eran mujeres embarazadas y en el período posparto, en general mayores de 18 años. Los instrumentos de valoración de calidad de los estudios son en su mayoría con la herramienta “Riesgo de sesgo”, desarrollada por la Colaboración Cochrane (32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40).

Intervenciones

De acuerdo con la revisión de algunos ECAS, se encontraron diferentes tipos de intervenciones para la depresión perinatal, como mindfulness, intervención basada en Internet para la depresión perinatal, terapia cognitivo-conductual basada en teléfonos inteligentes, mindfulness basado en teléfonos inteligentes (26, 31). Según las revisiones sistemáticas, se identificaron las terapias psicológicas, terapias de atención plena, las de apoyo entre pares, el yoga, la terapia interpersonal breve y la psicoeducación (32, 40). Todas las intervenciones localizadas fueron con enfoque de prevención y atención de la depresión perinatal.

Un estudio ECA sugiere que brindar entrenamiento en atención plena durante el embarazo puede mejorar la satisfacción de la vida, reducir la depresión y la ansiedad durante el embarazo y posparto; la incorporación de la pareja como receptor de la intervención puede ofrecer aspectos positivos, además de considerar un tiempo corto de entrega (26). Los programas prenatales de mindfulness son métodos pertinentes y eficaces para disminuir el estrés, la ansiedad y depresión perinatal; puede contribuir en la disminución de trastornos de ánimo y debe tomarse en cuenta en enfoques futuros (29). En la mayoría de los estudios, la enseñanza de la atención plena en las participantes embarazadas estaba encaminada al afrontamiento de los acontecimientos estresantes del embarazo, parto y periodo posparto (29). Según esta revisión, la atención plena está diseñada para acrecentar la capacidad psicológica, promover conexiones mentales, corporales y espirituales relacionadas con la respiración y la meditación (30).

En un programa de intervención preventiva universal para los síntomas depresivos totalmente automatizado basado en Internet de forma gratuita, las participantes mostraron menos síntomas depresivos que los del grupo control durante el seguimiento (27). En esta intervención preventiva se desarrollaron sesiones durante todo el periodo perinatal; sin embargo, la gran cantidad de sesiones no muestran viabilidad para su aplicación, ya que las tasas de deserción tienden a aumentar, por lo tanto, no se puede llegar a datos confiables que esclarezcan efectividad (27).

En los últimos años, la terapia cognitivo-conductual (41) ha sido combinada con el mindfulness, e incluso se han desarrollado por medio de Internet, y aquellos que utilizan aplicaciones se han considerado cada vez más; entre las aplicaciones de salud mental para teléfonos inteligentes, la atención plena se considera la estrategia basada en la evidencia más común y una de las modalidades más utilizadas en el abordaje para la depresión (12). La terapia cognitiva conductual a través de Internet tiene ventajas en comparación con la presencial o guiada, ya que la que usa Internet puede ser de mejor acceso para las mujeres, en algunos casos puede ser anónima, además de que los costos muestran mayor beneficio en su aplicación (9).

Nishi et al. (28), en un ECA de los más grandes a nivel mundial en el que buscaban conocer la efectividad de un programa de terapia cognitiva conductual a través de teléfonos inteligentes destinadas a prevenir la aparición del episodio depresivo mayor, tuvieron como resultado el que no se previno la aparición del episodio depresivo mayor; sin embargo, en subgrupos se pudo identificar

que se podría prevenir solo entre mujeres embarazadas con síntomas depresivos subumbrales, es decir, en la etapa precursora del episodio depresivo mayor.

Tabla 1 Características de los estudios de ensayos controlados aleatorizados

Autor/año	Título	Objetivo	Población/ Participantes	Instrumentos	Tipo de intervención	Resultados
Wang et al., 2023	Beneficios del entrenamiento de Mindfulness en la salud mental de mujeres durante el embarazo y la maternidad temprana: Ensayo controlado aleatorio	Evaluar los efectos de una intervención psicosomática basada en mindfulness sobre la depresión, la ansiedad, el miedo al parto (FOC) y la satisfacción con la vida de mujeres embarazadas	Mujeres embarazadas mayores de 18 años en su primer embarazo en la 20 y 32 semanas de gestación/104 participantes en China	(EPDS) (42) (SAS) (43) (W-DEQ-A/B) (44) (SWLS) (45) (FFMQ) (46)	Mindfulness	En comparación con el grupo de control activo, el grupo de intervención informó niveles de depresión más bajos en T2 ($p=0.038$) y T3 ($p=0.013$); reducción de la ansiedad en T1 ($p=0.001$) y T2 ($p=0.003$); FOC reducido en T1 ($p<0.001$) y T2 ($p=0.004$); mayor satisfacción con la vida en T1 ($p<0.001$) y T3 ($p=0.015$); y mayor atención plena en T1 ($p=0.001$) y T2 ($p=0.006$)
Haga et al., 2019	Mamma Mia: un ensayo controlado aleatorio de una intervención basada en Internet para la depresión perinatal	Evaluar la eficacia de una intervención automatizada por Internet ("Mamma Mia") sobre los síntomas depresivos perinatales desde el embarazo hasta los 6 meses después del parto	Mujeres embarazadas mayores de 18 años /1342 participantes en Noruega	(EPDS) (42)	Intervención preventiva Basada en la web totalmente automatizadas para la depresión perinatal	Los participantes del grupo Mamma Mia mostraron menos síntomas depresivos que los participantes del grupo de control durante el seguimiento [F (1) =7.030 $p=0.008$]. Hubo indicios de que el efecto de Mamma Mia fue moderado por la puntuación EPDS al inicio del estudio. La prevalencia de mujeres con puntuación EPDS 10 fue menor en el grupo Mamma Mia en todo el seguimiento mediciones.
Nishi et al., 2022	El efecto preventivo del comportamiento cognitivo basado en Internet. Terapia para la prevención de la depresión durante el embarazo y en el período posparto: a gran escala	Efectividad de los recientemente desarrollados Terapia cognitivo-conductual impartida por Internet para prevenir la aparición de un episodio depresivo mayor en el tercer trimestre y a los 3 meses posparto	Mujeres embarazadas mayores de 18 años, entre 16 y 20 semanas de gestación sin MDE en base/ 5017 participantes en Japón	(EPDS) (42) (K-6) (47)	Terapia cognitiva basada en internet	59 participantes informaron sobre la aparición de un nuevo MDE (2,35%) en el grupo de intervención y 73 (2,91%) en el grupo control durante el seguimiento. En comparación con el grupo control, el índice de riesgo (HR) de MDE en el grupo de intervención fue 0,85 (IC del 95%: 0,61 a 1,20), que no fue significativamente diferente. Entre los participantes al inicio del estudio, 10 (1,37%) en el grupo de intervención informaron nueva aparición de MDE, en comparación con 28 (3,81%) en el grupo de control grupo, y el HR de MDE fue 0,38 (IC 95%: 0,190,79). La Terapia cognitivo-conductual impartida por Internet podría prevenir la depresión perinatal solo entre mujeres embarazadas con síntomas depresivos subumbrales
Pan et al., 2019	Evaluación de la eficacia de los programas basados en la atención plena sobre la salud mental durante el embarazo y la maternidad temprana: un ensayo de control aleatorio	Evaluar la eficacia de un programa de crianza y parto basado en la atención plena para mejorar la salud psicológica durante el período posparto	Mujeres embarazadas entre 13 y 28 semanas de gestación/74 participantes en China	(EPDS) (42) (FFMQ) (46)	Atención Plena Mindfulness	Se observaron diferencias significativas en estrés y depresión en ambos grupos a lo largo del tiempo. Las puntuaciones de estrés y depresión fueron significativamente mejores en el grupo de intervención que en el grupo de comparación a los 3 meses posparto ($F=7.190$ $p=0.009$ y $F=7.360$, $p=0.008$, respectivamente)
Pan et al., 2023	Efectos de un programa de atención plena prenatal sobre los cambios longitudinales en el estrés, la ansiedad, la depresión y el vínculo madre-hijo de mujeres con tendencia al trastorno de ansiedad y estado de ánimo perinatal	Evaluar los efectos de la intervención de atención plena prenatal que puede ayudar a las mujeres con depresión perinatal a superar el estrés y la angustia psicológica para promover una relación positiva con sus bebés en el período posnatal	Mujeres embarazadas (embarazo único entre las semanas 13 y 28 de gestación) / 102 participantes en China	(EPDS) (42) (PRT) (PSS10) (48) (PBQ) (49)	Mindfulness	Los grupos experimental y de control constaron cada uno de 33 participantes. Esta disminución fue significativa para el grupo de intervención en T1 ($B=-0.690$, $p<0.001$, $ES=0.520$) y T2 ($B=-0.730$, $p<0.001$, $ES=0.220$). Después del parto, las puntuaciones z de la EPDS disminuyeron en el grupo de intervención ($B=-0.990$, $p<0.001$; $B=-0.69$, $p<0.001$), y la ES fue de media a pequeña en T3 ($ES=0.580$) y T4 (0.290)

Continúa...

Sun et al., 2021	Efectividad del entrenamiento de Mindfulness basado en teléfonos inteligentes en depresión perinatal materna: ensayo controlado aleatorio	Evaluar la efectividad de una intervención de entrenamiento de mindfulness basada en teléfonos inteligentes durante el embarazo sobre la depresión perinatal y otros problemas de salud mental con un diseño controlado aleatorio	Mujeres embarazadas mayores de 18 años, entre las semanas 12 y 20 de gestación, embarazo único/ 168 participantes de China y EUA	(EPDS) (42) (PHQ9) (50)	Mindfulness	Los participantes del entrenamiento de atención plena informaron una mejora significativa de la depresión (interacción grupo $\times$ tiempo χ^2 (se encontraron tamaños del efecto entre grupos $d=16.200$, $p=0.003$) y resultados secundarios en $d=13.100$, $p=0.010$ para ansiedad; $\chi^2=8.40$, $p=0.040$ para afecto positivo en comparación con el grupo control
------------------	---	---	--	----------------------------	-------------	---

Nota. Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), Escala de Ansiedad de Autoevaluación (SAS) Cuestionario de Expectativa/experiencia de Parto de Wijman (W-DEQ-A/B), Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), Cuestionario de atención Plena de Cinco Facetas (FFMQ), Escala de Angustia Psicológica de Kessler (K-6), Cuestionario de Pensamientos Relacionados con el Embarazo (PRT), Escala de Estrés Percibido (PSS-10), Cuestionario de Vinculación Posparto (PBQ), Cuestionario para depresión del paciente (PHQ-9).

Fuente: elaboración propia.

Las intervenciones investigadas a través de algunas revisiones sistemáticas se presentan en la tabla 2. La población en estudio fueron mujeres embarazadas mayores de 18 años; sin diagnóstico, con riesgo o con diagnóstico de depresión perinatal en contextos de atención de salud materno-infantil. En el trabajo de Cuijpers et al. (32) de los efectos de las intervenciones psicológicas para depresión perinatal en comparación con el control habitual se incluyeron las terapias cognitivo- conductual (TCC) y la terapia interpersonal (IPT), estas podrían mejorar los síntomas depresivos en mujeres perinatales. El efecto de la IPT fue mejor que la TCC (38, 40). Los formatos de entrega de estas intervenciones fueron individual, grupal, autoayuda, guiada basada en Internet o de forma mixta; de entre 6 a 12 sesiones, que abarcaban todo el periodo perinatal y los efectos que se obtuvieron se presentaron hasta 6 a 12 meses después (32).

Dentro de las intervenciones de apoyo entre pares sus contenidos se ajustaron principalmente en cuatro tipos de apoyo, incluido el informativo (información sobre la depresión), emocional (escuchar emociones y sentimientos), el afirmativo (apoyo destinado fomentar la autoestima) y prácticas (a través de cuidados); las formas de entrega eran cara a cara en casa, hospital, lugares de trabajo o por telefonía; las sesiones tenían una duración de 20 minutos a 2 horas por aproximadamente 3 a 12 meses (34, 36).

Fang et al. (36) muestran que el brindar apoyo entre pares como terapia alternativa durante el periodo perinatal utilizando enfoques telefónicos o por Internet, de forma grupal e individual, por al menos una vez a la semana, puede considerarse como una terapia eficaz para atender la de-

presión perinatal. Las intervenciones de apoyo entre pares son un procedimiento potencialmente prometededor para prevenir o tratar la depresión perinatal, pueden implementarse cara a cara o a través de telefonía y/o en una combinación de ambas; algunas de sus ventajas son que generan confianza entre iguales, los costos pueden ser bajos, se forma una red de apoyo y hay cierta identificación entre participantes (34, 36).

Tabla 2. Características de revisiones sistemáticas y metaanálisis

Autor/ Año	Objetivos	Participantes (Características/ Número total)	Entorno/ Contexto	Descripción de intervenciones/ Fenómenos de interés	Fuentes buscadas	Escalas	Instrumentos de valoración utilizados	Resultados/hallazgos
Cuijpers et al., 2023	Efectos de las intervenciones psicológicas para depresión perinatal en comparación con las condiciones de control y también incluyeron resultados secundarios	Mujeres embarazadas, de entre 21 y 32 años/ 6270 participantes	Canadá EE. UU. Este de Asia Asia Oriental	24 terapia cognitivo-conductual, siete fueron psicoterapia interpersonal, siete fueron asesoramiento de apoyo y 10 fueron otras terapias.	PubMed, PsycINFO Embase Biblioteca Cochrane	(BDI-2) (51) (HDRS) (52)	Herramienta de evaluación "Riesgo de sesgo" desarrollada por la Colaboración Cochrane	Se incluyeron cuarenta y tres estudios con 49 comparaciones y 6270 participantes entre un grupo de intervención y un grupo de control. El tamaño del efecto general fue $g = 0.670$ [intervalo de confianza (IC) del 95 %: 0.450 - 0.89; números necesarios para ser tratados = 4.39] con alta heterogeneidad ($I^2 80\%$; IC 95% 2 = 75 85). Los efectos siguieron siendo significativos a los 6 y 12 meses de seguimiento
Gómez-Sánchez et al., 2020	Revisar el efecto de las intervenciones basadas en mindfulness.	Mujeres embarazadas sanas, mayores de 18 años/484 participantes	EE. UU. China Irán Sudáfrica	Intervenciones basadas en mindfulness	Web of Science (WOS).	(PSS-10) (48) (EPDS) (42) (FFMQ) (46) (BDI-2) (53) (ERQ) (54) (HDRS) (52)	Los datos extraídos por un revisor han sido comprobados por un segundo, realizado una revisión por criterio Inter jueces	Las intervenciones basadas en mindfulness son más eficaces que la asistencia sanitaria habitual (TAU) para la mujer embarazada a la hora de reducir la sintomatología depresiva, ansiosa y estrés percibido
Huang et al., 2020	Evaluar el efecto, la economía y la satisfacción del apoyo de pares intervención para prevenir o tratar la depresión perinatal	Mujeres embarazadas mayores de 18 años, que dieron a luz en 1 año, con diagnóstico o riesgo de depresión perinatal/ 3064 participantes	EE. UU. Canadá China India Pakistán Sudáfrica	Intervenciones de apoyo entre pares	Medline Embase (Psyc INFO CINAHL EBSCO, The Cochrane Tres bases de datos chinas	(EPDS) (42) (CES-D) (55) (PHQ-9) (50) (BDI-2) (51)	La calidad de los estudios se evaluó según los criterios de la Colaboración Cochrane, que se basa en el Manual Cochrane de revisiones sistemáticas	Diez ensayos controlados aleatorios se incluyeron en el análisis final. La intervención de apoyo de pares redujo las puntuaciones depresivas medias estandarizadas (-0.370; IC del 95 %: -0.660 a -0.080) y redujo el índice de riesgo (0.690; IC del 95 %: 0.490 a 0.960) de depresión
Jiang et al., 2022	Evaluar la efectividad de intervenciones no farmacológicas, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la psicoterapia interpersonal (IPT) y el yoga, para reducir la depresión perinatal.	Mujeres embarazadas, mayores de 18 años /1606 participantes	EE. UU. Australia Reino Unido Reino de los Países Bajos República Popular China Hong Kong, República de la India	Utilizaron intervención de TCC, de los cuales, método de intervención en línea de la red de TCC; Siete estudios utilizó la intervención PTI, de los cuales, método de Psicoterapia Interpersonal Breve (PTI-B) y método de Psicoterapia Interpersonal Grupal (IPT-G); y yoga.	Biblioteca Cochrane, PubMed, Web of Science, Embase, ProQuest, ScienceDirect, ClinicalKey, Wanfang Data Knowledge	(BDI-2) (51) DSM-IV (56) (EPDS) (42) (HADS) (57)	Herramienta Cochrane de riesgo de sesgo para ensayos aleatorios	Se incluyeron 21 ECA de intervenciones para la depresión perinatal. Hubo 1981 participantes en total: 978 participantes en el grupo de observación y 1003 participantes en el grupo de control. Considerando el estadístico $Q p < 0.100$ y $I^2 = 69\% > 50\%$, se adoptó el modelo de efectos aleatorios. En comparación con el grupo de control, el efecto de la intervención del grupo de intervención sobre la depresión perinatal fue significativo (DME = 0.44, IC del 95% [0.270, 0.610], $z = 5.030$, $p < 0.001$, $I^2 = 69\%$, $x^2 = 64.350$, $p < 0.001$)

Continúa...

Leng et al., 2023	Revisión sistemática y un metaanálisis de intervenciones basadas en mindfulness (MBI) dirigidos a la depresión y la ansiedad perinatales	Mujeres perinatales/2495 participantes	EE. UU Irán China Nueva Zelanda Hong Kong Suecia Canadá Taiwán	Examinaron una amplia gama de diferentes modelos de MBI, incluidas MBCT o intervenciones adaptadas de MBCT (k = 5), intervenciones adaptadas de parto y crianza basadas en la atención plena (MBCT) o intervenciones adaptadas de MBCT, y varias intervenciones de mindfulness	PubMed, PsycINFO, Medline, Scopus y Web of Science	(EPDS) (42) (BDI-2) (51) (CES-D) (55) (DASS-21) (58) (PHQ-9) (50)	Elementos de informes preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA) Herramienta Cochrane revisada de riesgo de sesgo para ensayos aleatorios	Se incluyeron un total de 22 ECA elegibles (n = 1962) para examinar la efectividad del MBI sobre la depresión después de la intervención. En general, MBI fue significativamente más efectivo que los controles para reducir los síntomas depresivos con un tamaño del efecto moderado (DME = -0.770, IC del 95 % = [-1.090, -0.440], p < 0.001, I ² = 80%)
Qian et al., 2022	Efecto de la intervención de apoyo entre pares sobre la depresión perinatal: un metaanálisis	Mujeres embarazadas/3154 participantes	EE. UU, Canadá Singapur Pakistán China Zimbabue	Las intervenciones de apoyo entre pares incluídas en los estudios se centraron principalmente en tres tipos de apoyo, incluido el apoyo informativo, emocional y evaluativo.	Ocho bases de datos (Wanfang, VIP, CNKI, CBM, Pubmed, Embase, PsycINFO y Cochrane)	(EPDS) (42) (BDI-2) (51)	La calidad de los estudios se evaluó según los criterios de la Colaboración Cochrane	Se incluyeron un total de 16 estudios (incluidos 3154 participantes, grupo de apoyo de pares: 1568, grupo de control: 1586). El grupo de intervención (apoyo de pares) tuvo un efecto significativamente mejor en la prevención o el tratamiento de la depresión perinatal que el grupo de control [DME = -0.39; IC del 95 % (-0.540, -0.24), p < 0.001, I ² = 78%]. Los resultados de los análisis de subgrupos mostraron que las intervenciones de apoyo entre pares proporcionadas en el período perinatal [SMD = -0.51, IC 95% (-0.93, -0.09), p = 0.002] o solo en el período posparto podría mejorar la depresión de las madres [SMD = -0.440, IC 95% (-0.620, -0.260), p < 0.001].
Wang et al., 2022	Eficacia del yoga en la depresión perinatal.	Mujeres embarazadas, mayores de 18 años, sanas o con diagnóstico de depresión/ 594 participantes	Estados Unidos India Reino Unido Taiwán China	El grupo de intervención recibió entrenamientos de yoga bajo la supervisión de instructores profesionales.	Embase, Pubmed Web of Science	(EPDS) (42) (BDI-2) (53)	Evaluación del riesgo de sesgo del Manual del Revisor del Sistema Cochrane Versión 5.1	Incluyeron 12 ECA en este estudio, y el número total de personas incluídas en el análisis del estudio combinado fue 594. En comparación con el grupo de control, el grupo de intervención de yoga indica una disminución estadísticamente significativa en los niveles de depresión (DME (diferencia de medias estandarizada, DME), -2.31; IC del 95 %, -3.670 a -0.960; p = 0.139) y ansiedad (DME, -4.750; IC del 95 %, -8.300 a -1.190; p = 0.002).
Yan et al., 2022	Proporcionar una evaluación actualizada de la efectividad de las MBI en la salud mental de mujeres perinatales con o sin problemas de salud mental actuales	Proporcionar evaluación actualizada de la efectividad de las intervenciones basadas en mindfulness (MBI) en la salud mental de mujeres perinatales con o sin problemas de salud mental actuales	Australia, EE. UU., India, Irán	Integraron técnicas basadas en la atención plena con la terapia cognitivo-conductual. La duración osciló entre 4 y 9 semanas. La mayoría implicó ocho sesiones semanales de 2 a 3 h y 30 a 45 minutos por día de práctica.	PubMed, Embase, Scopus y Web of Science	(EPDS) (PSS-10) (42) (PSS) (53) (CES-D) (55) (BDI-2) (53) (SDS) (43)	Herramienta de riesgo de sesgo de la Colaboración Cochrane para evaluar la Calidad de cada estudio	Las MBI para la depresión tuvieron un efecto significativo en la promoción de la remisión de la depresión en mujeres perinatales con problemas de salud mental actuales en comparación con los controles (10 ensayos, 865 participantes, DME = -1.030, IC del 95 % = -1.480 a -0.580, p = 0.002). Se encontraron resultados similares al limitar el análisis de los ensayos que midieron la depresión con EPDS (6 ensayos, 634 participantes, DM = -3.050 IC del 95 % = -4.490 a -1.600, I ² = 75%)
Yasumaa et al., 2020	Revisión sistemática y un metaanálisis para aclarar los efectos de las intervenciones psicológicas prenatales sobre la depresión perinatal, centrando en prevención universal.	Mujeres embarazadas mayores de 18 años/7416 participantes	Estados Unidos, China, Australia, Irán, Reino Unido, Noruega, Dinamarca, Hungría, Rumania.	Para la intervención, diez estudios trataron sobre un enfoque basado en intervención psicológica, dos sobre atención plena, dos sobre IPT y cuatro sobre psicoeducación	Registro Cochrane Controlado de Ensayos (CENTRAL), Embase, PubMed y PsycINFO	(EPDS) (42) (BDI-2) (53) (CES-D) (55) (SDS) (43)	Herramienta de riesgo de sesgo de la Colaboración Cochrane.	18 estudios cumplieron los criterios de inclusión. El metaanálisis mostró un efecto significativo de la intervención psicológica prenatal sobre la depresión prenatal y posnatal (DME = 0.280, IC del 95 % = 0.11 a 0.44, DME = 0.370, IC del 95 % = 0.080 a 0.660) con un nivel de moderado a alto de heterogeneidad (I ² = 61%, p = 0.010; I ² = 84%, p < 0.001). Para el análisis de subgrupos, se encontró un efecto significativo de un enfoque basado en CB sobre la depresión prenatal en un período prenatal (DME = 0.53, IC del 95% = 0.130 a 0.940) con alta heterogeneidad (I ² = 85%, p = 0.001)

Nota. Cuestionario para depresión del paciente (PHQ-9) Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS), Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21) Escala de calificación del estrés durante el embarazo (SDS) Escala de autoevaluación de la depresión (SDS).

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con Leng et al. (35), los estudios de atención plena y efectividad en mujeres con síntomas de depresión y ansiedad clínica y perinatal subumbrales (es decir, la etapa previa al inicio del episodio depresivo mayor) muestran beneficio en la reducción de la depresión durante el embarazo y hasta después del parto, los efectos posteriores de la intervención fueron moderados debido a la gravedad de los síntomas de las mujeres. En este estudio se examinaron diferentes modelos de atención plena, incluyendo intervenciones adaptadas con terapias cognitivas conductuales, parto y crianza basados en atención plena, se realizaron cara a cara y a través de medios digitales, con duración media de 6.9 semanas (35).

En el estudio de Gómez-Sánchez et al. (33), en este caso en mujeres con síntomas de depresión y sin síntomas de depresión, sus programas de mindfulness oscilaron entre cuatro y nueve semanas, con alrededor de ocho sesiones de 2 a 3 horas de duración y de 30 a 45 minutos de práctica independiente por semana. Se identificaron adaptaciones de mindfulness con algunos componentes de aceptación y compromiso, terapia dialéctica conductual, técnicas basadas en atención plena con terapia cognitivo-conductual, psicología y psicoterapia occidental. Según Yan et al. (39), se pudo identificar efectividad de mindfulness para reducir la depresión, la ansiedad, el estrés, así como para aumentar la atención plena en mujeres con un problema de salud mental actual; no está clara la efectividad hacia las que no presentan algún problema.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la revisión, las intervenciones no farmacológicas que han demostrado cierta eficacia en su implementación son las terapias de atención plena, las psicológicas, las de apoyo entre pares, las cognitivo-conductuales y el yoga. Estas intervenciones muestran diferentes grados de eficacia respecto a algunos elementos; por ejemplo, en cuatro ECAS sobre atención plena durante el embarazo mostraron cambios significativos, incluso después del parto, con buena duración posterior, lo que se considera importante si se toma en cuenta que este tiempo es vulnerable tanto para la madre como para el bebé (26, 29, 30, 31).

Las habilidades de atención plena aprendidas durante las intervenciones pueden tener efectos mediadores a largo plazo y respaldan su viabilidad, aceptabilidad y eficacia; los hallazgos de mejora son consistentes en algunos metaanálisis y revisiones realizadas en participantes mujeres en embarazo y posparto, con trastornos depresivos o de ansiedad o sin estos, en países tanto de

ingresos altos como en los de ingresos medios y bajos (33, 35, 39). Varios estudios han demostrado que el efecto moderador de la atención plena ha sido significativo; cuanto mayor era la mejora en la atención plena, mayor era el efecto postintervención sobre la depresión perinatal (26, 35, 59). Los programas de mindfulness aplicados en etapa perinatal (33), durante ocho sesiones, con frecuencia semanal de dos horas aproximadamente, que son impartidas por personal entrenado y que cuentan con supervisión son útiles en la promoción de la salud mental materna en comparación con el tratamiento materno habitual (35).

Respecto a las intervenciones psicológicas, un metaanálisis que calificó los estudios dirigidos a mujeres de bajos ingresos o minoría étnica reveló efectos de moderados a grandes, con duración de 6 a 12 meses; esto podría indicar que pueden ser viables también en estas regiones (40). Estos tratamientos son eficaces a largo plazo; además, no solo impactan en la depresión, sino también en resultados secundarios, como la ansiedad, apoyo social, deterioro funcional, estrés de los padres y estrés conyugal (40). Las terapias cognitivas conductuales han tenido efectos en mujeres con síntomas subumbriles, lo cual podría explicar por qué estas han tenido mayor eficacia como orientaciones preventivas en la aparición de la depresión que en mujeres ya con síntomas más graves (28, 38).

La intervención de apoyo entre pares se refiere a la atención de asistencia emocional, de evaluación e informativa por parte de un miembro que tiene conocimientos, experiencia o características equivalentes a las de la población objetivo (34, 36). Potencialmente, esto podría generar otro tipo de recurso humano para abordar la escasez de proveedores de atención de salud mental en el contexto global, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, y es altamente rentable como una solución a largo plazo. Por último, en dos metaanálisis que investigaron el yoga, los resultados de uno lo consideran como opción de tratamiento auxiliar sobre la depresión perinatal, mientras el otro muestra que el yoga no tiene ningún efecto, lo cual puede indicar la viabilidad y aceptabilidad del yoga en países de ingresos altos pero no en los de ingresos medios y bajos (37, 40).

CONCLUSIONES

De acuerdo con el análisis realizado, se puede decir que a nivel mundial existe gran cantidad de literatura de intervenciones no farmacológicas para la depresión perinatal, consideradas estas

como opciones de apoyo en su tratamiento. Sin embargo, en países de ingresos medios y bajos, a pesar de las prevalencias identificadas sobre la depresión perinatal, todavía es muy poca la evidencia de intervenciones diseñadas o adaptadas según sus contextos. Según la evidencia encontrada, existen terapias que podrían aplicarse tanto en países de ingresos altos y medios como es el caso de la atención plena y de apoyo entre pares; sin embargo, es necesario seguir estudiando otro tipo de tratamientos que se pudiera aplicar y desarrollar hacia el enfrentamiento de esta problemática y la superación de los sistemas de salud en países de ingresos medios y bajos.

Según esta revisión, se puede concluir que las intervenciones psicológicas, como terapia cognitiva, conductual y terapia interpersonal, atención plena (mindfulness) y de apoyo entre pares, han sido las que han demostrado mayores resultados significativos en la prevención y tratamiento de la depresión perinatal en su aplicación en mujeres embarazadas. El mindfulness es la terapia más aplicada tanto en intervención cara a cara como por medio de dispositivos de Internet y móviles en diferentes contextos. Es importante mencionar que las intervenciones no farmacológicas se consideran terapias complementarias y no se debe dejar de lado posibles tratamientos más eficaces y necesarios.

Financiación: Sin financiamiento.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2022 [citado 6 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Día Mundial de la Salud Mental - La salud mental es un derecho humano universal [Internet]. 2023 [citado 6 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2023/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2023---mental-health-is-a-universal-human-right>
3. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000-2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. PLoS Med. 2022 feb 1;19(2).

4. Organización Mundial de la Salud (OMS). La pandemia de COVID-19 aumenta en un 25% la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo [Internet]. 2022 [citado 6 mayo 2024] . Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión [Internet]. 2023 [citado 6 mayo 2024] . Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Mojica-Perilla M, Redondo-Rodríguez S, Osma-Zambrano SE. Prenatal Depression and Anxiety: A Literature Review. MedUNAB. 2019 ago 1;22(2):200-12.
7. Goyes-Guerra MB, Rosero-Ordóñez SF, Flores-Brito PR. Prevalencia de depresión en el embarazo y puerperio. Diferencia entre multíparas y primigestas. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida. 2022 marzo 1;6(1):34.
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe mundial sobre la salud mental Transformar la salud mental para todos. 2023 [citado 6 mayo 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327715>.
9. Soriano Amador K, Valencia Ortiz NL. Tecnologías de la información y la comunicación como apoyo a la salud mental para mujeres en etapa perinatal. Medicina UPB. 2024;43(1).
10. Chen C, Wang X, Xu H, Li Y. Effectiveness of digital psychological interventions in reducing perinatal depression: a systematic review of meta-analyses. 2023 [citado 1 mayo 2024] ;26:423-39. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01327-y>
11. Contreras-Carreto NA, Villalobos-Gallegos L, Mancilla-Ramírez J. Epidemiological analysis of perinatal depression. Cirugía y Cirujanos (English Edition). 2022;90(1):128-32.
12. Pérez-Solís D, Pérez-Solís D, Rodríguez-Vargas M, Rodríguez-Ricardo A. Prevalencia de trastorno mental en embarazadas. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2020 julio 24 [citado 25 junio 2024];24(4):503-11. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7440>
13. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013 mayo 22.
14. Al-Halabí S, García-Haro J, de la Fe Rodríguez-Muñoz M, Fonseca-Pedrero E. Suicidal behavior and the perinatal period: Taboo and misunderstanding. Papeles del Psicólogo. 2021;42(3):161-9.

15. Huber MO, Romero Jiménez M, Largo AM. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa Psicológica UST*. 2015; 12:77-87. <https://doi.org/10.18774/448x.2015.12.180>
16. Organización de las Naciones Unidas (ONU) Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible. Disponible en: www.issuu.com/publicacionescepal/stacks
17. Roddy Mitchell A, Gordon H, Lindquist A, Walker SP, Homer CSE, Middleton A, et al. Prevalence of Perinatal Depression in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2023 mayo 3 [citado 17 feb 2025];80(5):425-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36884232/>
18. Contreras-Carretero NA, Villalobos-Gallegos L, Mancilla-Ramírez J. Epidemiological analysis of perinatal depression. *Cirugia y Cirujanos (English Edition)*. 2022 enero 1;90(1):128-32.
19. Toronto CE, Remington R. A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review.
20. Remington R, Toronto Editores CE. Una guía paso a paso para realizar una Revisión Integrativa.
21. Polit DF BC. Investigación en enfermería: Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería. 2018 [Internet] [citado 12 junio 2024]. Disponible en: https://books.google.com/books/about/Investigaci%C3%B3n_en_Enfermer%C3%ADa.html?hl=es&id=St5QswEACAAJ
22. Óscar M, Muñoz ÁJ, Ruiz MÓ, Ruiz AJ, et al. Educación y práctica de la medicina. Revisiones sistemáticas para la evaluación de intervenciones que incluyen estudios no aleatorizados: Consideraciones metodológicas. *Acta Médica Colombiana*. 2018; 43(2).
23. Cooper HM. The integrative research review: a systematic approach. Beverly Hills: Sage Publications; 1984.
24. JBI Manual for Evidence Synthesis. 2020.
25. Rethlefsen ML, Page MJ. PRISMA 2020 and PRISMA-S: common questions on tracking records and the flow diagram. *Journal of the Medical Library Association*. 2022 abril 2;110(2):253-7.
26. Wang SI, Sun MY, Huang X, Zhang DM, Yang L, Xu T, et al. Benefits of Mindfulness Training on the Mental Health of Women During Pregnancy and Early Motherhood: A Randomized Controlled Trial. *Biomedical and Environmental Sciences* [Internet]. 2023 abril 1 [citado 2 mayo 2024];36(4):353-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3967/bes2023.041>

27. Haga SM, Drozd F, Lisoy C, Wentzel-Larsen T, Slinning K. Mamma Mia - A randomized controlled trial of an internet-based intervention for perinatal depression. *Psychol Med*. 2019 ago 1;49(11):1850-8.
28. Nishi D, Imamura K, Watanabe K, Obikane E, Sasaki N, Yasuma N, et al. The preventive effect of internet-based cognitive behavioral therapy for prevention of depression during pregnancy and in the postpartum period (iPDP): a large scale randomized controlled trial. 2022. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pcn.13458/full>
29. Pan WL, Chang CW, Chen SM, Gau ML. Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs on mental health during pregnancy and early motherhood - A randomized control trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 oct 10;19(1).
30. Pan WL, Lin LC, Kuo LY, Chiu MJ, Ling PY. Effects of a prenatal mindfulness program on longitudinal changes in stress, anxiety, depression, and mother-infant bonding of women with a tendency to perinatal mood and anxiety disorder: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023 dic 1 [citado 2 mayo 2024];23(1):1-11. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05873-2>
31. Sun Y, Li Y, Wang J, Chen Q, Bazzano AN, Cao F. Effectiveness of smartphone-based mindfulness training on maternal perinatal depression: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2021;23(1).
32. Cuijpers P, Franco P, Ciharova M, Miguel C, Segre L, Quero S, et al. Psychological Medicine Psychological treatment of perinatal depression: a meta-analysis citado 1 mayo 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S0033291721004529>
33. Gómez-Sánchez L, García-Banda G, Servera M, Verd S, Filgueira A, Cardo E. Beneficios del mindfulness en mujeres embarazadas. *Revista Medicina (Buenos Aires)*. 2020;80 (Supl 2):47-52.
34. Huang R, Yan C, Tian Y, Lei B, Yang D, Liu D, et al. Effectiveness of peer support intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020;276: 788-96.
35. Leng LL, Yin XC, Chan CLW, Ng SM. Antenatal mobile-delivered mindfulness-based intervention to reduce perinatal depression risk and improve obstetric and neonatal outcomes: A randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2023 ago 15; 335:216-27.

36. Fang Q, Lin L, Chen Q, Yuan Y, Wang S, Zhang Y, et al. Effect of peer support intervention on perinatal depression: A meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2022 enero 1; 74:78-87.
37. Wang G, Liang C, Sun G. Yoga's therapeutic effect on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Review © Medicinska naklada [Internet]*. 2022 [citado 25 junio 2024];34(2):195-204. Disponible en: <https://doi.org/10.24869/psyd.2022.195>
38. Jiang X, Li H, Wang D, Shan L, Kang Y, Wang F. Efficacy of nondrug interventions in perinatal depression: A meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2022;317: 114874.
39. Yan H, Wu Y, Li H. Effect of mindfulness-based interventions on mental health of perinatal women with or without current mental health issues: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*. 2022;305: 102-14.
40. Yasuma N, Narita Z, Sasaki N, Obikane E, Sekiya J, Inagawa T, et al. Antenatal psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020;273: 231-9.
41. Pérez-Miranda G, Ortiz-Pinilla D, Niño-Mancera DA, Gómez-Salcedo LH, Bayona-Granados KV, Pérez-Miranda G, et al. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención de la depresión posparto: una revisión sistemática de los resultados en gestantes con y sin factores de riesgo. *Médicas UIS [Internet]*. 2021 junio 2 [citado 22 mayo 2024];34(1):73-90. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192021000100008&lng=en&nr-m=iso&tlng=es
42. Cox JL, Chapman G, Murray D, Jones P. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord*. 1996 julio 29;39(3):185-9.
43. Zung WWK. A Rating Instrument For Anxiety Disorders. *Psychosomatics*. 1971 nov 1;12(6):371-9.
44. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology [Internet]*. 1998 citado 16 junio 2024];19(2):84-97. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01674829809048501>
45. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess [Internet]*. 1985 feb 1 [citado 16 junio 2024];49(1):71-5. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa4901_13

46. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Facets of Mindfulness*. 2006.
47. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* [Internet]. 2002 ago [citado 16 junio 2024];32(6):959-76. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/short-screening-scales-to-monitor-population-prevalences-and-trends-in-nonspecific-psychological-distress/F141675CCD0E08C0FB98E01C006B4E0D>
48. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24(4):385-96.
49. Brockington IF, Fraser C, Wilson D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Arch Womens Ment Health*. 2006; 9:233-42.
50. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure.
51. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1961 junio 1 [citado 17 junio 2024];4(6):561-71. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/487993>
52. Hamilton MA. Rating Scale For Depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 1960 feb 1 [citado 17 junio 2024];23(1):56-62. Disponible en: <https://jnnp.bmj.com/content/23/1/56>
53. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1961 junio 1 [citado 17 junio 2024];4(6):561-71. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/487993>
54. Gross JJ, John OP. Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *J Pers Soc Psychol*. 2003 ago;85(2):348-62.
55. Rueda-Jaimes GE, Camacho López PA, Rangel-Martínez-Villalba AM. Validación de dos versiones cortas de la escala para depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adolescentes colombianos. *Aten Primaria* [Internet]. 2009 mayo [citado 17 junio 2024];41(5):255. Disponible en: </pmc/articles/PMC7021936/>
56. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2013.

57. Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, Christodoulou C, Michalopoulou P, Kalemi G, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2008 marzo 6 [citado 17 junio 2024]; 7:4. Disponible en: [/pmc/articles/PMC2276214/](#)
58. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*. 1995 marzo 1;33(3):335-43.
59. Mao F, Sun Y, Li Y, Cui N, Cao F. Internet-delivered mindfulness-based interventions for mental health outcomes among perinatal women: A systematic review. *Asian J Psychiatry* [Internet]. 2023 feb 1 [citado 2 mayo 2024]; 80:103321-103321. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103321>