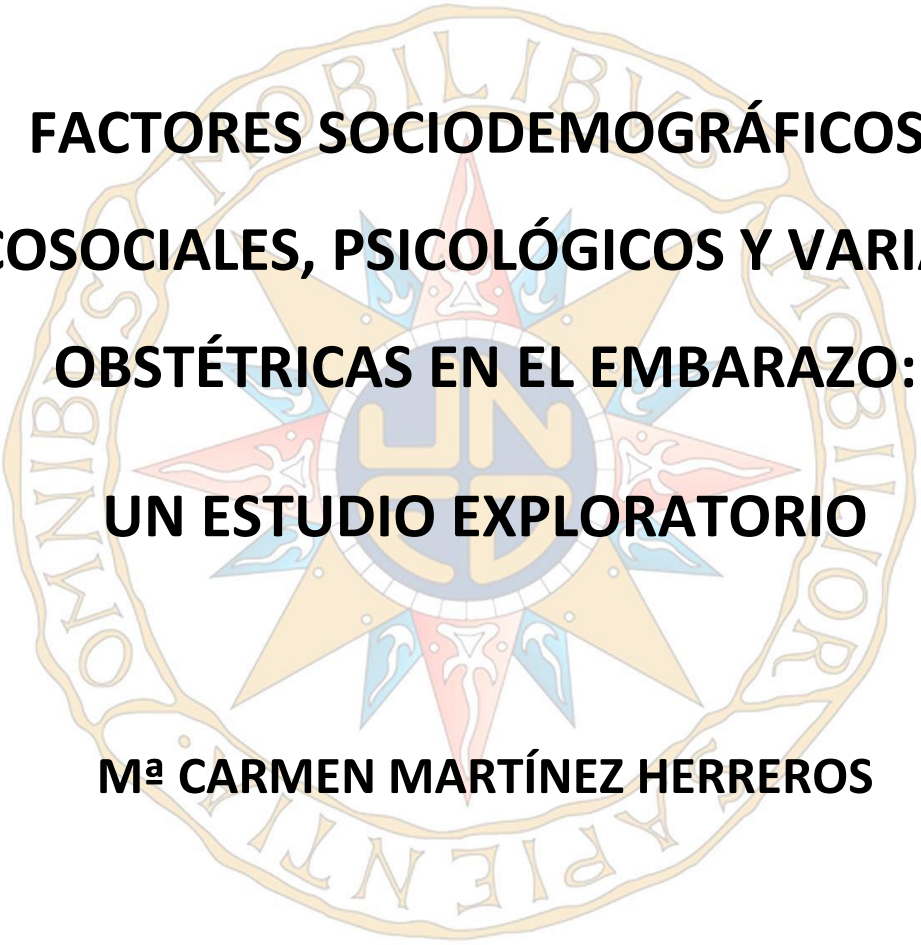


TESIS DOCTORAL

AÑO 2023



**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS,
PSICOSOCIALES, PSICOLÓGICOS Y VARIABLES
OBSTÉTRICAS EN EL EMBARAZO:
UN ESTUDIO EXPLORATORIO**

M^a CARMEN MARTÍNEZ HERREROS

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Directora:

Dra. MARÍA DE LA FE RODRÍGUEZ MUÑOZ

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

No nos atrevemos a hacer muchas cosas porque son difíciles, pero son difíciles porque no nos atrevemos a hacerlas

Séneca

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer ante todo a mi tutora y directora de tesis, la Dra. M^a Fe Rodríguez Muñoz, la confianza que ha mantenido siempre en mí, su constante motivación, su apoyo, el creer en mí y hacerme partícipe del “*Proyecto Mamás y Bebés*”. Desde que nos conocimos deseé trabajar con ella, es una fuente de inspiración y generosidad, sin la cual no hubiera sido viable este estudio. Su disposición para guiarme y su infinita paciencia en mi formación investigadora me ha llevado a creer en mí y conseguir mi objetivo, que no es otro que aportar mi granito de arena al conocimiento de la salud mental de las mujeres embarazadas, por su relevancia e implicaciones tanto en su salud obstétrica como en la del bebé que espera. Gracias de corazón, por hacernos ver que podemos ayudar a la sociedad, por liderarnos y por motivarnos a seguir adelante. Agradecer también a la profesora que tuve en el Grado y en el Máster de Terapia, Dra. M^a Isabel Comeche Moreno, que aparte de demostrar ser una gran profesora, me puso en contacto con la Dra. M^a Fe, sin ella tampoco estaría hoy aquí.

Quiero también agradecer a todas las mujeres que participaron generosamente en este estudio, sin ellas, no hubiera sido posible.

A la Dra. Nuria Izquierdo Méndez, facultativo especialista del área de ginecología y

obstetricia del Hospital Clínico San Carlos, por facilitarme las historias de las embarazadas, sin ella no hubiera sido posible recoger los datos. También agradecer a la Dra. M^a Eugenia Olivares Crespo, facultativo especialista del área de psicología del mismo hospital, por su ayuda desinteresada, tanto a la hora de facilitarme el despacho para recoger los datos, como por sus consejos incondicionales para realizar esta tesis. También tengo que agradecer a la dirección del hospital y al jefe del servicio de obstetricia el haber dado su autorización para llevar a cabo el estudio. Y por supuesto a las matronas, ellas son las que facilitaron los cuestionarios a las embarazadas para que lo cumplimentaran y dieran el consentimiento para poder usar los datos para la investigación.

Quiero agradecer también a mis compañeras del “*Proyecto Mamás y Bebés*” por formar este maravilloso equipo en el que, como dice M^a Fe, somos como matrioshkas, todas necesitamos de todas y todas ayudan a todas, quiero expresaros mi cariño y gratitud. Gracias compañeras, es un lujo trabajar en este equipazo.

No puedo olvidarme de mis compañeros de trabajo, que han vivido conmigo cada momento y pasos que he ido dando, gracias por la escucha activa y la paciencia.

Y por supuesto, gracias a mis hijos por creer en mí, por sentirse orgullosos de que su madre, aunque ya mayor, ha conseguido alcanzar lo que soñó siendo joven, ser psicóloga. Incluso conseguir lo que no esperaba que ocurriera, un doctorado. Gracias por acompañarme en esta aventura, entender mis encierros y aislamiento social. Gracias por animarme cada día y sobre todo por quererme como lo hacéis. Mi agradecimiento y amor es infinito.

Se lo dedico a mis nietas, en esta vida, con esfuerzo y amor, todo puede alcanzarse.

“Hay esperanza. Por medio de la movilización de la comunidad y de servicios y apoyo adecuados, las madres y sus familias pueden sanar, prosperar y vivir sus vidas llenas de satisfacciones”

Mental Health America

Y por supuesto:

“Mamás felices, bebés felices”

M^a Fe Rodríguez Muñoz y equipo de “Mamás y Bebés”

PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

Durante el desarrollo de esta Tesis Doctoral se ha trabajado con algunos datos cuyos resultados han permitido elaborar dos artículos. Uno ha sido aceptado y publicado en una revista de impacto. El otro, en el momento de presentar esta tesis está en proceso de revisión en una revista.

El estudio principal, que conforma la elaboración de su conveniente artículo científico es:

- ❖ Diferencias psicológicas, psicosociales y obstétricas entre madres españolas e inmigrantes: Estudio observacional retrospectivo.

Psychological, Psychosocial and Obstetric Differences between Spanish and Immigrant Mothers: Retrospective Observational Study.

El estudio que se ha realizado, pero está pendiente de revisión es:

- ❖ Diferencias sociodemográficas, psicosociales, psicológicas y obstétricas entre mujeres gestantes fumadoras y no fumadoras: estudio observacional, descriptivo.

Son estudios observacionales, descriptivos, de carácter exploratorio, basados en un muestreo intencional de la población, en los cuales se realiza una descripción de posibles diferencias en los diversos factores, y para minimizar en lo posible los riesgos de sesgo, se utilizó la lista guía de comprobación de la declaración [STROBE](#) (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), intentando mejorar la presentación de los estudios. Esta declaración está compuesta por 22 puntos que se consideran esenciales para una comunicación adecuada de los estudios observacionales ([Anexo I](#)).

Por otra parte, en torno a la actividad científica, se señala que durante el desarrollo de la tesis se ha contribuido a la divulgación científica de los avances que se iban efectuando a través de Poster y Congresos. Las principales actividades realizadas se recogen en el [Anexo II](#).

ÍNDICE

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL	6
ÍNDICE	7
ÍNDICE DE TABLAS.....	15
ÍNDICE DE GRÁFICOS	17
ÍNDICE DE FIGURAS.....	17
ÍNDICE DE CUADROS DE TEXTO	18
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	19
RESUMEN.....	21
RESUMEN.....	23
ABSTRACT.....	26
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	29
1. SALUD MENTAL, FACTORES PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE RIESGO	31
1.1. SALUD MENTAL	31
1.2. FACTORES RIESGOS PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS	34
1.2.1. <i>Apoyo Social</i>	36
1.2.2. <i>Inmigración</i>	37
1.2.3. <i>Tabaquismo</i>	39

2. EMBARAZO, SALUD MENTAL, FACTORES PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE RIESGO	43
2.1. EMBARAZO	43
2.2. SALUD MENTAL PERINATAL	47
2.2.1 <i>Definición de Salud Mental Perinatal</i>	47
2.2.2 <i>Problemas Afectivos en el Embarazo</i>	49
2.2.3 <i>Factores de Riesgo Psicosociales y Sociodemográficos en el Embarazo</i>	55
2.2.3.1 Apoyo Social en el Embarazo	58
2.2.3.2 Inmigración Femenina	58
2.2.3.3 Tabaquismo en Embarazadas	61
3. SALUD OBSTÉTRICA	63
3.1. MORTALIDAD INFANTIL	64
3.2. PREMATURIDAD	65
3.3. BAJO PESO Y MACROSOMÍA	66
4. SALUD MENTAL Y PROBLEMAS OBSTÉTRICOS	68
4.1. SALUD MENTAL, FETO Y BEBÉ	69
4.1.1 <i>Salud Mental</i>	69
4.1.2 <i>Salud Mental y Feto</i>	69
4.1.3 <i>Salud Mental y Bebé</i>	73
5. TABAQUISMO, PROBLEMAS OBSTÉTRICOS, FETO Y BEBÉS	78
5.1. TABAQUISMO Y PROBLEMAS OBSTÉTRICOS	78
5.2. TABAQUISMO Y PROBLEMAS OBSTÉTRICOS EN EL FETO	78

5.3. TABAQUISMO Y PROBLEMAS OBSTÉTRICOS EN BEBÉS	79
CAPÍTULO II: OBJETIVOS DEL ESTUDIO, JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS	81
1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO, JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS	83
1.1. OBJETIVOS.....	83
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	85
1.3. HIPÓTESIS	87
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	91
1. METODOLOGÍA.....	93
1.1. DISEÑO GENERAL	93
1.1.1 <i>Centro Hospitalario donde se Recoge la Muestra.....</i>	93
1.1.2 <i>Procedimiento y Aspectos Éticos</i>	93
1.1.3 <i>Instrumentos de Evaluación</i>	95
1.1.3.1 Cuestionario de Información Sociodemográfica	95
1.1.3.2 Inventario Revisado de los Predictores de la Depresión Posparto PDPI-R)Versión Prenatal	100
1.1.3.3 El Patient Health Questionnaire- 9 (PHQ-9)	101
1.1.3.4 Historia Clínica Para Recogida Datos Objetivos.....	104
1.1.4 <i>Normas Tipográficas</i>	107
1.2. PARTICIPANTES Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA	107
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	109
ANÁLISIS.....	111

RESULTADOS	112
1. ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN SOBRE INMIGRANTES Y ESPAÑOLAS.	112
1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN EL EMBARAZO DE MUJERES ESPAÑOLAS E INMIGRANTES.....	113
<i>1.1.1. Análisis Sociodemográfico de la Muestra</i>	<i>113</i>
<i>1.1.2. Análisis de Factores Psicosociales</i>	<i>117</i>
<i>1.1.3. Síntomas de Depresión</i>	<i>120</i>
<i>1.1.4. Síntomas de Depresión y Factores Psicosociales</i>	<i>123</i>
<i>1.1.5. Síntomas de Depresión y Apoyos Sociales</i>	<i>125</i>
<i>1.1.6. Variables Obstétricas.....</i>	<i>126</i>
2. ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CON RESPECTO A LAS FUMADORAS Y NO FUMADORAS.....	137
2.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN EL EMBARAZO DE MUJERES FUMADORAS Y NO FUMADORAS.....	137
<i>2.1.1 Análisis Sociodemográficos de la Muestra</i>	<i>137</i>
<i>2.1.2 Análisis de Factores Psicosociales</i>	<i>140</i>
<i>2.1.3 Análisis Síntomas de Depresión</i>	<i>141</i>
<i>2.1.4 Análisis de Variables Obstétricas</i>	<i>146</i>
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	153
DISCUSIÓN	155
1. ESTUDIO SOBRE DIFERENCIAS ENTRE EMBARAZADAS ESPAÑOLAS E INMIGRANTES.....	156

2. ESTUDIO SOBRE DIFERENCIAS ENTRE GESTANTES FUMADORAS Y NO FUMADORAS.....	164
3. DISCUSIÓN FINAL DE LA TESIS Y SESGOS	168
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.....	171
1. CONCLUSIONES INMIGRACIÓN	173
2. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS ENTRE EMBARAZADAS ESPAÑOLAS E INMIGRANTES	174
3. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS ENTRE FUMADORAS Y NO FUMADORAS.....	178
CAPÍTULO VII: RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA	181
1. RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL ESTUDIO EN RELACIÓN A LAS DIFERENCIAS ENTRE EMBARAZADAS ESPAÑOLAS E INMIGRANTES	183
2. RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL ESTUDIO ACERCA DE LAS DIFERENCIAS ENTRE FUMADORAS Y NO FUMADORAS.....	185
CAPÍTULO VIII: LECCIONES APRENDIDAS, CLAVES DE FOCALIZACIÓN Y REFLEXIÓN FINAL.....	187
LECCIONES APRENDIDAS.....	189
CLAVES DE FOCALIZACIÓN	194
REFLEXIÓN FINAL	196
REFERENCIAS	199
BIBLIOGRAFÍA.....	200
ANEXOS.....	235

Anexo I.....	236
Anexo II.....	242
Anexo III.....	254
Anexo IV	255
Anexo V.....	256
Anexo VI.....	257
Anexo VII.....	258
Anexo VIII.....	259
Anexo IX	261
Anexo X.....	262
Apéndice Documental.....	263
TERMINOLOGÍA OBSTÉTRICA.....	263
1. Complicaciones en el Embarazo.....	263
2. Parto Distócico	274
3. Motivos de Cesárea.....	281
4. Prematuridad.....	282
5. Peso del recién nacido.....	283

ÍNDICE DE TABLAS

Introducción

- Tabla 1** Adaptado de Criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-5- F32
- Tabla 2** Número de hijos por mujer según nacionalidad
- Tabla 3** Adaptado de los criterios diagnósticos. DSM-5. Depresión periparto

Método

- Tabla 4** Variables sociodemográficas del estudio
- Tabla 5** Interpretación puntuación PHQ-9
- Tabla 6** Variables obstétricas

Estudio Madres Españolas e Inmigrantes

- Tabla 7** Participantes por origen
- Tabla 8** Edad mínima y máxima de las participantes
- Tabla 9** Descripción de la muestra por origen y edad
- Tabla 10** Características sociodemográficas
- Tabla 11** Factores sociodemográficos y psicosociales (PDPI-R)
- Tabla 12** Falta de apoyos (PDPI-R) según origen
- Tabla 13** Diferencias en síntomas de depresión
- Tabla 14** Severidad de los síntomas de depresión
- Tabla 15** Diferencias en síntomas de depresión y edad
- Tabla 16** PHQ-9 y factores sociodemográficos y psicosociales (PDPI-R)
- Tabla 17** PHQ-9 y falta de apoyos (PDPI-R) según origen
- Tabla 18** Descriptivos complicaciones embarazo

Tabla 19	Descriptivo parto distócico
Tabla 20	Motivo de la cesárea
Tabla 21	Semana de gestación
Tabla 22	Semana de gestación y PHQ-9
Tabla 23	Peso del recién nacido

Estudio Gestantes Fumadoras y No Fumadoras

Tabla 24	Diferencias edad entre fumadoras y no fumadoras
Tabla 25	Características sociodemográficas
Tabla 26	Diferencias en apoyos (PDPI-R) entre fumadoras y no fumadoras
Tabla 27	Diferencias en gravedad de los síntomas entre fumadoras y no fumadoras
Tabla 28	Diferencias en síntomas de depresión y edad
Tabla 29	Prevalencia factores sociodemográficos y psicosociales (PDPI-R) y síntomas de depresión (PHQ-9) entre fumadoras y no fumadoras
Tabla 30	Diferencias en apoyos (PDPI-R) entre fumadoras y no fumadoras y síntomas de depresión (PHQ-9)
Tabla 31	Descriptivo complicaciones embarazo
Tabla 32	Descriptivo parto distócico
Tabla 33	Motivo de la cesárea
Tabla 34	Semana de gestación al parto
Tabla 35	Peso del recién nacido

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos Introducción

- Gráfico 1** Porcentaje de trastornos mentales
- Gráfico 2** Adaptado de Estadísticas de Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). INE 2021

Gráficos Estudio Madres Españolas e Inmigrantes

- Gráfico 3** Porcentaje de participantes
- Gráfico 4** Edad de las participantes
- Gráfico 5** Semana de gestación y síntomas de depresión
- Gráfico 6** Peso del recién nacido y síntomas de depresión madres española e inmigrantes

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura Introducción

- Figura 1** Ciclo del embarazo (Adaptado de A Report from the California Task Force on the Status of **Maternal Mental Health Care (2017)**)

Figura Método

- Figura 2** Composición de la muestra

Figura Anexo II

- Figura 3** Icono con el link al programa de radio “Depresión perinatal”

ÍNDICE DE CUADROS DE TEXTO

Cuadros de Texto Introducción

Cuadro 1 Adaptado de Criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-5- F32

Cuadro 2 Adaptado de los criterios diagnósticos. DSM-5. Depresión periparto

Cuadros de Texto Lecciones Aprendidas

Cuadro 3 Lección aprendida 1: Se requiere mayor atención a los problemas sociodemográficos en el embarazo

Cuadro 4 Lección aprendida 2: PDPI-R Instrumento fiable para los factores de riesgos psicosociales en el embarazo

Cuadro 5 Lección aprendida 3: Se requiere mayor implicación para prevenir y tratar la depresión prenatal (DP) por ello, el PHQ-9 como instrumento de cribado

Cuadro 6 Lección aprendida 4: Se advierten diferencias sociodemográficas y psicosociales entre mujeres españolas e inmigrantes

Cuadro 7 Lección aprendida 5: Repercusiones en el embarazo del tabaquismo.

Cuadro 8 Lección aprendida 6: Problemas psicosociales en el embarazo y complicaciones obstétricas

Cuadro 9 Lección aprendida 7: La sanidad universal ayuda a que los problemas obstétricos no tengan grandes consecuencias tanto en la embarazada como en el bebé

Cuadro de Texto Claves de Focalización

Cuadro 10 Claves de focalización

Cuadro Reflexión Final

Cuadro 11 Reflexión final

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACOG	Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (American College of Obstetricians y Gynecologists)
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
BPF	Bajo Peso Fetal
BPN	Bajo Peso al Nacer
CA	Circunferencia Abdominal
CC	Circunferencia Cefálica
CIR	Crecimiento Intrauterino Restringido
DBP	Diámetro Biparietal
DP	Depresión Prenatal
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
DSM-IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª Edición
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición
EEG	Electroencefalograma
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ESEMeD	Estudio Europeo Epidemiología Desórdenes Mentales (The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders)
EuropPeristat	Portal Europeo de Información de Salud (European Health Information Portal)
HTAG	Hipertensión Arterial Gestacional
INE	Instituto Nacional de Estadística
IMC	Índice de Masa Corporal

LF	Longitud Femoral
LLETZ	Procedimiento de Extirpación Electro-quirúrgico de Lazo
NICE	Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia en la Atención (National Institute for Health and Care Excellence)
NIH	Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health)
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS/WHO	Organización Mundial de la Salud/ World Health Organization
PDPI-R	Inventario de Predictores de Depresión Posparto Revisado (Revised Predictors of Postpartum Depression Inventory)
PHQ-9	Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire-9)
PIB/PIC	Periodo Intergenésico Breve/Corto
PE	Preeclampsia
PEG	Pequeño para la Edad Gestacional
PIC	Periodo Intergenésico Corto
PP	Prematuridad
PRIME-MD	Procedimiento de Evaluación de Trastornos Mentales en Atención Primaria (Primary Care Evaluation of Mental Disorders Procedure)
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
STROBE	Fortalecimiento de la notificación de estudios observacionales en epidemiología (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
VIH-	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

RESUMEN

El objetivo principal de esta tesis doctoral fue medir la presencia, características y distribución de factores sociodemográficos, psicosociales y síntomas de depresión prenatal, también, la prevalencia de los problemas obstétricos, tanto de la madre durante el embarazo, como del recién nacido. Las embarazadas, cumplieron un cuestionario compuesto entre otros por el PDPI-R (Revised Predictors of Postpartum Depression Inventory), versión prenatal y el PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), recogiendo de esta forma, información psicosocial relacionada con el embarazo o parto y variables psicológicas. También se recogieron datos objetivos de las historias clínicas de embarazo y parto.

Par la elaboración de esta tesis, se utilizó una metodología de tipo observacional, descriptiva, transversal, retrospectiva, en la que se seleccionó aleatoriamente a un total de 764 mujeres cuando acudieron a consulta obstétrica, alrededor de la semana 12 de embarazo, para la ecografía del primer trimestre.

Se abordaron varios aspectos. En primer lugar, un estudio sociodemográfico para identificar los grupos a examinar, en segundo lugar, se analizaron los factores psicosociales y síntomas de depresión de los distintos grupos de riesgo y en tercer lugar se examinaron las variables obstétricas, tanto de la gestante como las del recién nacido.

De los análisis realizados, en el primer estudio, se quiso saber **si existían diferencias en factores sociodemográficos, de apoyo social y síntomas de depresión entre embarazadas españolas e inmigrantes y si existían estas diferencias al examinar estos factores con las diferentes complicaciones obstétricas.** En la segunda investigación se **identificó la prevalencia de tabaquismo en las gestantes y se exploró diferencias entre los grupos de fumadoras y no fumadoras en los distintos factores sociodemográficos, de apoyo social y variables obstétricas.**

Palabras clave: riesgo depresión, factores sociodemográficos, factores psicosociales, problemas obstétricos de la gestante y recién nacido, inmigración, tabaquismo.

A continuación, se presenta un breve resumen de cada uno de los estudios que se integran en esta tesis. Se presentan los estudios en resultados.

DIFERENCIAS PSICOLÓGICAS, PSICOSOCIALES Y OBSTÉTRICAS ENTRE MADRES ESPAÑOLAS E INMIGRANTES: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

Introducción: Este estudio examinó las posibles diferencias entre españolas e inmigrantes en los factores psicológicos, psicosociales y obstétricos de una muestra de mujeres embarazadas.

Método: Se trata de un estudio observacional retrospectivo. La muestra se dividió en dos grupos de estudio, una formada por embarazadas españolas y otra por embarazadas extranjeras. Ambas completaron el Inventario Revisado de Predictores de Depresión Posparto (PDPI-R) y el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9).

Resultados: El 23,2% de las inmigrantes y el 15,9% de las españolas presentaron síntomas depresivos. Las inmigrantes afirmaron tener menos apoyo en el ámbito de pareja, familia y amistades que las españolas. Además, 16,4% de las españolas vs. 8,1% de inmigrantes tuvieron complicaciones en el embarazo; la cesárea se realizó al 16,2% de españolas vs. 7,9% de inmigrantes. Se detectó un mayor número de partos prematuros en las inmigrantes y posparto en españolas.

Conclusiones: En este estudio, en el que se hace un análisis descriptivo, aunque es mayor el porcentaje de inmigrantes con problemas sociodemográficos y psicosociales como percepción de menor apoyo social y síntomas depresivos más severos, son más españolas que inmigrantes las que tienen problemas obstétricos. El acceso a la sanidad universal es un factor de protección frente a las condiciones socioeconómicas y culturales que afectan a la salud mental y obstétrica de las inmigrantes.

DIFERENCIAS PSICOLÓGICAS, PSICOSOCIALES Y OBSTÉTRICAS ENTRE FUMADORAS Y NO FUMADORAS: ESTUDIO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO.

Introducción: Este estudio midió la presencia, características y distribución de síntomas de depresión prenatal, factores sociodemográficos y psicosociales de las embarazadas, con conducta de fumar, y se estudiaron posibles diferencias entre fumadoras y no fumadoras, también se comprobó si existía alguna diferencia a nivel obstétrico.

Método: Estudio observacional, descriptivo. La muestra se dividió en 2 grupos de estudio, una formada por gestantes fumadoras y otra por gestantes no fumadoras. Completaron el Inventario Revisado de Predictores de Depresión Posparto (PDPI-R) versión prenatal y el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9).

Resultados: Se encuentran diferencias estadísticamente significativas, aunque el tamaño del efecto muestra que la diferencia es débil entre los dos grupos en nivel de estudios ($\chi^2_{(3,263)} = 12.579$, $p = .006$, V de Cramer = .219); bebe alcohol ($\chi^2_{(1,235)} = 12.731$, $p = .000$, V de Cramer = .233); madres primíparas ($\chi^2_{(1,261)} = 4.405$, $p = .036$, V de Cramer = .130) y depresión anterior ($\chi^2_{(1,261)} = 7.646$, $p = .006$, V de Cramer = .171). No hay diferencias significativas en el resto de variables.

Conclusiones: Esta investigación no arroja datos con los que se pueda indicar que el tabaquismo sea un factor de riesgo en la muestra de embarazadas fumadoras.

ABSTRACT

The main objective of this doctoral thesis was to measure the presence, characteristics and distribution of sociodemographic and psychosocial factors and symptoms of prenatal depression, as well as the prevalence of obstetric problems, both in the mother during pregnancy and in the newborn. The pregnant women completed a questionnaire composed, among others, of the PDPI-R (Revised Predictors of Postpartum Depression Inventory), prenatal version, and the PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9), thus collecting psychosocial information related to pregnancy or childbirth and psychological variables. Objective data were also collected from pregnancy and delivery medical records.

For the elaboration of this thesis, an observational, descriptive, cross-sectional, retrospective methodology was used, in which a total of 764 women were randomly selected when they attended obstetric consultation, around the 12th week of pregnancy, for the first trimester ultrasound.

Several aspects were addressed. Firstly, a sociodemographic study to identify the groups to be examined, secondly, the psychosocial factors and symptoms of depression of the different risk groups were analyzed, and thirdly, the obstetric variables of both the pregnant woman and the newborn were examined.

From the analyses carried out, in the first study, **we wanted to know if there were differences in sociodemographic factors, social support and symptoms of depression between Spanish and immigrant pregnant women and if these differences existed when examining these factors with the different obstetric complications.** The second study **identified the prevalence of smoking in pregnant women and explored differences between the groups of smokers and non-smokers in the different sociodemographic factors, social support and obstetric variables.**

Key words: risk, depression, sociodemographic factors, psychosocial factors, obstetric problems of the pregnant woman and newborn, immigration, smoking.

The following is a brief summary of each of the studies included in this thesis. The studies are presented in results.

PSYCHOLOGICAL, PSYCHOSOCIAL AND OBSTETRIC DIFFERENCES BETWEEN SPANISH AND IMMIGRANT MOTHERS: A RETROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY

Introduction: This study examined possible differences between Spaniards and immigrants in psychological, psychosocial and obstetric factors in a sample of pregnant women.

Methods: This was a retrospective observational study. The sample was divided into two study groups, one formed by Spanish pregnant women and the other by foreign pregnant women. Both completed the Revised Predictors of Postpartum Depression Inventory-Revised (PDPI-R) and the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).

Results: The proportion of depressive symptoms was 23.2% of the immigrant women and 15.9% of the Spanish women. The immigrant women reported less support from their partners, family and friends than the Spanish. In addition, 16.4% of Spaniards vs. 8.1% of immigrants had complications during pregnancy; cesarean section was performed in 16.2% of Spaniards vs. 7.9% of immigrants. A greater number of preterm deliveries were detected in immigrant women and postpartum in Spanish women.

Conclusions: In this study, in which a descriptive analysis is made, although the percentage of immigrants with sociodemographic and psychosocial problems such as less perceived social support and more severe depressive symptoms is higher, more Spaniards than immigrants have obstetric problems. Access to universal health care is a protective factor against the socioeconomic and cultural conditions that affect the mental and obstetric health of immigrants.

PSYCHOLOGICAL, PSYCHOSOCIAL AND OBSTETRIC DIFFERENCES BETWEEN SMOKERS AND NONSMOKERS: AN OBSERVATIONAL DESCRIPTIVE STUDY.

Introduction: This study measured the presence, characteristics and distribution of prenatal depressive symptoms, sociodemographic and psychosocial factors of pregnant women, with smoking behavior, and it was verified if there was any relationship at the obstetric level. Possible differences between smokers and non-smokers were studied.

Methods: Observational, descriptive study. The sample was divided into 2 study groups, one formed by pregnant smokers and the other by pregnant nonsmokers. The prenatal version of the Predictors of Postpartum Depression Inventory-Revised (PDPI-R) and the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) were completed.

Results: Statistically significant differences are found, although the effect size shows that the difference is weak between the two groups in educational level ($\chi^2_{(3,263)} = 12.579$, $p = .006$, Cramer's $V = .219$); alcohol drinking ($\chi^2_{(1,235)} = 12.731$, $p = .000$, Cramer's $V = .233$); primiparous mothers ($\chi^2_{(1,261)} = 4.405$, $p = .036$, Cramer's $V = .130$) and previous depression ($\chi^2_{(1,261)} = 7.646$, $p = .006$, Cramer's $V = .171$) There are no significant differences in the remaining variables.

Conclusions: This research does not yield any data to indicate that smoking is a risk factor in the sample of pregnant smokers.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

1. SALUD MENTAL, FACTORES PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE RIESGO

1.1. SALUD MENTAL

A lo largo de la vida de las personas, existen situaciones vitales individuales, sociales y estructurales que al combinarse pueden proteger o poner en riesgo su bienestar psicológico, cambiando la situación de la persona acerca de su salud mental (OMS, 2022a). Pero también se dan factores de protección, así, las interacciones sociales positivas, la educación de calidad, tener un trabajo digno, vecindarios seguros y cohesión social, aumenta la resiliencia (OMS, 2022a).

Casi a finales del s. XX se empezaron a realizar estudios en diferentes países, para estimar la frecuencia de los trastornos mentales en la población general, mostrando su alta tasa, lo que establece que sea una fuente de discapacidad, disminuyendo la calidad de vida de quien la padece y causando elevados costes al sistema sanitario (Henares Montiel, et al., 2020). Los trastornos del estado de ánimo son los trastornos más frecuentes en la población en general, lo que supone un importante problema de salud pública por su elevada prevalencia, el elevado impacto socio laboral que producen y el perjuicio que causan en la salud física y psíquica de las personas que lo sufren (Álvarez-Mon et al., 2019).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) se encuentran descripciones, síntomas y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales. Estos criterios proporcionan un lenguaje común entre los distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos clínicos e investigadores de las ciencias de

la salud). El DSM ha sido periódicamente revisado desde la publicación en 1952. La última versión ([DSM-5](#)), tiene un cambio a destacar con respecto al DSM-IV en la definición de los trastornos depresivos y es la incorporación del especificador “con malestar ansioso” (tabla 1), lo que es un reconocimiento a la combinación emocional de lo ansioso-depresivo ([Rodríguez-Testal, et al., 2014](#)).

Los síntomas definidos para los criterios de depresión mayor se detallan en el cuadro 1.

Cuadro de texto 1

Adaptado de Criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-5 F32

- A. Cinco o más de los siguientes síntomas de manera constante durante al menos dos semanas:
 1. Tristeza
 2. Anhedonia
 3. Pérdida, aumento de apetito, o pérdida o aumento de peso significativo
 4. Insomnio o hipersomnia
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor
 6. Fatiga o pérdida de energía
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa, excesivos e inapropiados
 8. Disminución de la capacidad para concentrarse, o indecisión
 9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastornos esquizofreniformes, trastorno delirante, u otro trastorno especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Treinta de cada 100 personas padecen algún tipo de trastorno mental, siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad, los del sueño y los depresivos ([Ministerio de Sanidad, 2022](#)).

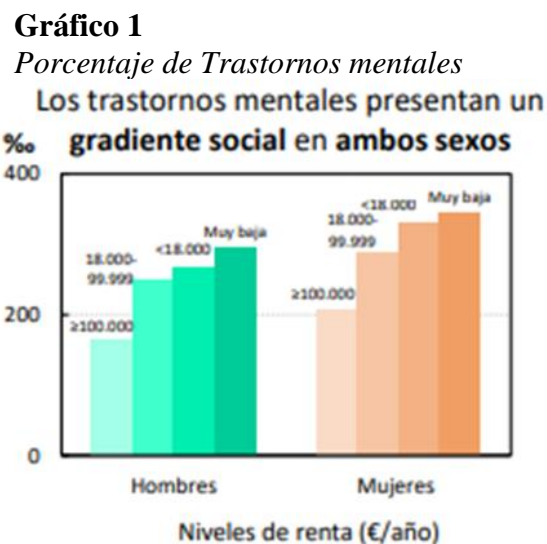
El estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales ESEMeD-España, realizado entre el 2001-2002 y analizado por [Haro et al. \(2006\)](#), muestra que, de los entrevistados, un 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 8,4% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). El trastorno mental más frecuente fue el episodio depresivo mayor, con un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Después del episodio depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia-vida fueron la fobia específica (4,52%), la distimia (3,65%) y el trastorno por abuso de alcohol (3,55%). Analizando por sexo, el episodio depresivo mayor tuvo un 14,4% de prevalencia-vida en las mujeres frente al 6,3% en los hombres, siendo la prevalencia-año mayor en las mujeres (5,6%) que en hombres (2,2%). Los factores asociados a padecer un trastorno mental fueron el sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo, y estar desempleado, de baja laboral o con una discapacidad. Por tanto, en el caso de las mujeres, tenían el doble de probabilidades que los hombres de sufrir trastornos del estado de ánimo y de ansiedad a los 12 meses, mientras que los hombres tenían más probabilidades de sufrir trastornos por abuso de alcohol ([Haro et al., 2006](#)).

Se sigue observando, en estudios actuales que analizan los diferentes trastornos mentales, el doble de prevalencia de depresión y ansiedad en la mujer ([Henares Montiel et al., 2020](#)), siendo también frecuentes otros tipos de malestares psicosociales con síntomas

inespecíficos, mientras que en los hombres se observan más tasas de problemas mentales asociados al alcohol y sustancias (Bacigalupe et al., 2020).

1.2. FACTORES RIESGOS PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS

Según el informe anual de salud del [Ministerio de Sanidad \(2022\)](#), tres de cada cuatro personas valoran como bueno o muy bueno su estado de salud. Pero según los datos, en relación referente a la salud mental, el 29% de la población padece algún trastorno mental, siendo el bajo nivel económico un gradiente social en ambos sexos, ya que padecen el doble de trastornos mentales que los de mayor nivel de ingresos, siendo mayor la prevalencia en el caso de las mujeres (gráfico1), situándose la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social en España en el 25,3%. Los problemas de salud mental más frecuentes son la ansiedad, seguido de los trastornos del sueño y los trastornos depresivos.



Fuente: Ministerio de Sanidad (2022)

Esto ha hecho que el consumo de antidepresivos haya aumentado en un 36% y el de hipnóticos y sedantes en un 23%, habiendo un reingreso urgente hospitalario del 10%.

En relación al tabaquismo y alcohol, el 23,3% de hombres y 16,4% de mujeres fuman diariamente, siendo el 46,4% de hombres y el 24,5% de mujeres que consumen alcohol de manera habitual.

El mismo informe muestra que, factores de riesgo como el nivel de estudios, es un indicador relevante en los determinantes sociales de la salud, especialmente, en el mantenimiento de la salud y calidad de vida. Una mayor educación puede proporcionar los conocimientos necesarios para mantener estilos de vida saludable, para saber que el consumo de tabaco y de alcohol es perjudicial para la salud, o que el ejercicio físico y una buena alimentación son beneficiosos para mantener una buena calidad de vida. El nivel básico o inferior de estudios está relacionado con la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social. Las condiciones de salud, la autopercepción de bienestar y tener un estatus satisfactorio en el contexto familiar, laboral y social, constituye un componente sólido de soporte psicosocial ([Moysén et al., 2015](#)).

Estudios internacionales han mostrado importantes desigualdades de género en el ámbito de la salud mental, puesto que son las mujeres las que informan y son diagnosticadas con más frecuencia de algún problema. La Organización Mundial de la Salud ([OMS, 2018a](#)) reitera que, para conseguir los más altos niveles de salud, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen diferentes obstáculos, necesidades y oportunidades.

La salud de las mujeres y las niñas está influenciada por la biología relacionada con el sexo, el género y otros determinantes sociales (OMS, 2018a). Por ejemplo, ciertos tipos de depresión son exclusivamente de las mujeres: el embarazo, el periodo posparto, la perimenopausia y el ciclo menstrual, están relacionados con cambios físicos y hormonales drásticos. Lo que indica que pueden ocurrir durante las diferentes etapas de la vida de la mujer [National Institute of Mental Health (NIH, 2020)]. La baja autoestima, ansiedad, bajo apoyo social, estilo cognitivo negativo son factores de riesgo para tener depresión (Ogbo et al., 2018). Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales presentan tasas más altas de problemas de salud mental, embarazos no deseados y abortos inducidos y espontáneos, así, las mujeres expuestas a la violencia en la pareja tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión, cerca del doble de probabilidades de padecer trastornos asociados al consumo de alcohol y 1,5 veces más probabilidades de contraer el VIH u otra infección de transmisión sexual (OMS, 2021a).

1.2.1. Apoyo Social

El apoyo social puede ser conceptualizado a partir de dos perspectivas, una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional. La primera evalúa la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, que correspondería al apoyo social recibido, en tanto la segunda se centra en la existencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe, lo que correspondería al apoyo social percibido (Almagiá 2004; Sandín, 2003).

Las tres funciones del apoyo social han sido ampliamente documentadas en la literatura científica y son el apoyo emocional, sentimiento personal de cuidados y empatía; el apoyo tangible o material, que se refiere a la ayuda física y material; y el apoyo informativo, búsqueda de consejo y refuerzo positivo ([Hernández y Ramírez, 2014](#)), pero el intercambio de conductas de apoyo parece no ser suficiente por sí mismo para mejorar el bienestar de las personas que lo reciben; también es necesario que se sientan apoyadas (apoyo social percibido), que tengan la percepción de que gozan de apoyos de calidad, que satisfagan sus necesidades ([Barrera, 1981](#); [Dolbier y Steinhardt, 2000](#); [Hernández y Ramírez, 2014](#)).

1.2.2. Inmigración

Desde el periodo de 2010 a 2019 la inmigración de ciudadanos extranjeros, como de ciudadanos nacionales que regresan a su país de origen ha aumentado en todos los Estados miembros, excepto en Italia donde la inmigración disminuyó en ese periodo ([INE, 2021a](#)).

[Riquelme et al. \(2019\)](#) explican como a lo largo de la historia, los movimientos migratorios han sido una constante. Pero actualmente tiene más relevancia debido a las importantes repercusiones que tiene tanto en los países de destino como el de origen de los inmigrantes. Se inicia a principios del siglo XXI la discusión política en muchos países, centrándose el debate en occidente en la comprensión de cómo mejorar la calidad de vida de sus residentes inmigrantes. En España esa discusión comenzó en 2008, con la crisis económica, cuando la población joven tuvo que emigrar por la escasa oferta laboral.

La Organización Internacional para las Migraciones ([OIM](#)), define a un migrante como cualquier persona que se desplaza, o se ha desplazado, a través de una frontera internacional o dentro de un país, fuera de su lugar habitual de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; o 4) la duración de su estancia. Las transformaciones económicas producidas por el proceso de globalización, contribuye a aumentar las diferencias entre los países ricos y pobres, favoreciendo el aumento de la inmigración de millones de personas hacia los países más desarrollados, atraídos principalmente por su auge económico y la búsqueda de mejores condiciones de vida ([Castilla Vázquez, 2017](#)).

La globalización ha transformado de forma radical la sociedad, adquiriendo las migraciones un carácter estructural, siendo España un país en crecimiento de inmigración desde finales de la década de los 90 hasta el año 2007 ([García Utrera y Guardiola, 2017](#); [Oso, 2018](#)). En 2015 se reavivó en nuestro país el interés por el bienestar de los inmigrantes a raíz de la recuperación económica, revirtiéndose la emigración española y reactivándose la inmigración ([Riquelme et al., 2019](#)). Según estos autores, la población latinoamericana suele elegir España por el pasado común que existe entre ambas regiones, por eso, suele ser mayoría de inmigrantes latinos los que llegan a España.

Según el estudio del Instituto Nacional de Estadística ([INE, 2022](#)), la población en España, a 1 de enero de 2022, se sitúa en 47.432.805 habitantes, de los cuales 5.417.883 son extranjeros creciendo desde 2016, donde había 46.528.966 habitantes siendo 4.424.409 extranjeros ([INE, 2017](#)), sin contar a los inmigrantes irregulares.

La mayoría de la población inmigrante tiene un nivel socioeconómico bajo, dada su falta de recursos económicos, y los inmigrantes se encuentran entre los grupos más vulnerables de exclusión social (Bonmatí-Tomás et al., 2016). Sería de esperar que las características económicas y sociales de la población extranjera hicieran que se sintieran menos satisfechas con la vida, pero, aunque no se sienten más felices que en su país de origen, se encuentran satisfechas porque sus condiciones de vida han mejorado, siendo el apoyo social un importante factor a la hora de explicar la felicidad. Tener apoyo social influye en la salud mental y reduce la depresión (García Utrera y Guardiola, 2017; Faleschini et al., 2019).

1.2.3. *Tabaquismo*

El tabaquismo representa un importante problema de salud pública, pues se trata de la principal causa de morbilidad y mortalidad prematura evitable a nivel mundial (OMS, 2022b), ya que contribuye al desarrollo de numerosas enfermedades (Córdoba 2015). Causa más de 8 millones de muertes al año, aproximadamente 1,2 millones se deben a la exposición de humo ajeno (OMS, 2022b). El INE (2020) proporciona datos de la Encuesta Europea de Salud en España 2020 y la encuesta de Salud en España del año 2017, y según el informe, el 16,4% de las mujeres y el 23,3% de los hombres fuman a diario. El porcentaje más alto en los hombres corresponde al grupo de edad de 25 a 34 años y en las mujeres al grupo de 45 a 54 años. La población que fuma diariamente se concentra en las edades de 25 a 64 años, con porcentajes en torno al 30% en los hombres y al 20% en las mujeres. A partir de los 65 años disminuye la población fumadora diaria, aunque en mayor medida para las mujeres.

Las proyecciones para 2025 sugieren que la prevalencia de tabaquismo y la mortalidad atribuible decrecerán de forma similar en muchos países desarrollados. El modelo parece ser aplicable a los varones, pero no está claro en qué medida las mujeres jóvenes seguirán incorporándose al consumo de tabaco en nuevas oleadas (Córdoba, 2015).

López et al. (1994) desarrollaron un modelo de cuatro fases en función de las tasas de prevalencia y mortalidad registradas en hombres y mujeres:

- * En la *fase I* o inicial, surge la epidemia de tabaquismo en una población. Se registra una prevalencia inferior al 15% en los varones, y muy inferior en las mujeres, debido a factores socioculturales que desalientan al consumo de tabaco en las mujeres. El consumo anual por adulto es inferior a los 500 cigarrillos, la mayoría hombres. En esta fase no se puede atribuir al tabaquismo la muerte y la enfermedad. Esta fase puede durar una o dos décadas, pues las estrategias de control del tabaco siguen sin desarrollarse. Al final de esta etapa, la prevalencia masculina aumenta, ya se puede atribuir alguna muerte al tabaco, pero muy pocas.

- * En la *fase II*, la prevalencia puede alcanzar en los varones cifras del orden del 50-80%, y la proporción de exfumadores es relativamente baja. La prevalencia en mujeres es menor, pero creciente, con un retraso de una o dos décadas comparando con los varones. La costumbre de fumar es similar en todas las capas sociales, ligeramente superior en las clases altas. El consumo anual por adulto alcanza los 1.000-3.000 cigarrillos (2.000-4.000 entre los varones). Un 10% de las muertes de los varones se relacionan con el consumo de tabaco. Todavía no están bien desarrolladas las actividades de control del tabaco y la educación e información sobre los peligros de fumar son poco sistemáticas y esporádicas. Al final de esta fase, el

consumo de tabaco ya causa alrededor del 10% de las muertes en hombres, todavía pocas mujeres. La tasa de cáncer del pulmón en hombres se multiplica por 10. Esta fase puede durar dos o tres décadas.

* En la *fase III*, se inicia un descenso en la prevalencia entre los varones hasta el 40%. Los exfumadores son un segmento importante y creciente de la población masculina. Se aprecia un claro gradiente social en los varones, que más tarde se extenderá a las mujeres. Entre las mujeres, se da una larga estabilización del hábito, sin haber alcanzado nunca los niveles que hubo en los varones. Dado que el conocimiento de los peligros del tabaco para la salud está generalmente extendido en este momento, es probable que el pico de prevalencia femenina sea considerablemente menor que el de los hombres. El consumo anual por adulto es, sin embargo, mayor en esta fase, de 3.000 a 4.000 cigarrillos. La mortalidad asociada al tabaco llega a ser un 25-30% del total en los varones, y un 5% en las mujeres, hay un rápido aumento de la mortalidad atribuible al tabaco, pasando del 10% al 25-30% en tres décadas, siendo del 5% en mujeres, y en aumento. Los descensos de la prevalencia serían, en general, significativamente mayores entre las personas con mayor nivel educativo, pues responden mejor a las campañas de promoción de la salud vinculadas a los peligros del tabaquismo. Las condiciones para aplicar con éxito una ley integral de control del tabaquismo es más favorable. Los lugares y transportes públicos libres de humo son medidas habituales, pero todavía no lo son los lugares de trabajo libres de humo. En esta fase, el tabaquismo pasa de ser un comportamiento socialmente aceptable a un comportamiento socialmente anormal. Su duración puede estimarse en tres décadas.

* La última fase de este modelo, la *fase IV*, se caracteriza porque la prevalencia entre los dos sexos tiende a igualarse: en los varones baja al 33-35%, mientras que, en las mujeres, llega al 30%. El aumento de la mortalidad masculina por tabaquismo alcanza las mayores cifras, llegando al 30-35% en los varones y al 20-25% en las mujeres. Se espera que, en esta fase, las tasas de cáncer de pulmón entre los hombres se reduzcan en un 20%, en una o dos décadas. Pero, por el contrario, las muertes en mujeres aumentarían rápidamente a medida que se hicieran evidentes todos los efectos relativos a la salud atribuibles al tabaquismo. Los entornos personales libres de humo se convierten en prioridad en esta fase. Las personas exigen un lugar de trabajo libre de humo, llevándose a cabo políticas a tal efecto. Se aprecia un fuerte gradiente por clases en el consumo de tabaco, al haberlo abandonado masivamente los segmentos de mayor nivel económico y educación.

España se encuentra en la fase IV, con una prevalencia en el consumo de tabaco mayor entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, mostrando una asociación entre consumo de tabaco y factores como desempleo, nivel educativo, tipo de ocupación y situación socioeconómica ([Álvarez et al., 2022](#)).

Entre las enfermedades que provoca el tabaquismo están la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad isquémica cardíaca y los accidentes cerebrovasculares, así como algunos tipos de cáncer. En la mujer se ha llegado a establecer una relación causal entre el tabaquismo y el cáncer de mama, afectando también a nivel ginecológico y reproductivo, aumentando las probabilidades de sufrir complicaciones en el embarazo como partos prematuros ([Míguez y Pereira, 2018](#)).

2. EMBARAZO, SALUD MENTAL, FACTORES PSICOSOCIALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE RIESGO

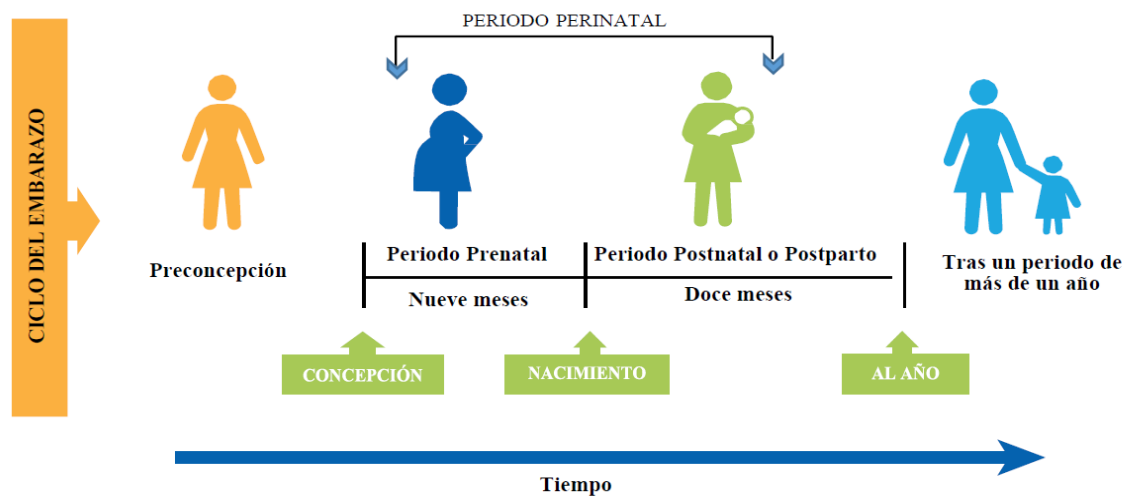
2.1. EMBARAZO

La gestación es el periodo que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero hasta el momento del parto, unos nueve meses. La mujer, durante este periodo, experimenta cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos encaminados a proteger, nutrir y favorecer el desarrollo psicológico y conductual del feto (Ruiz, 2017).

Los periodos del embarazo (perinatales) según detalla la publicación de [California Task Force \(2017\)](#), se dividen en periodo prenatal, que abarca desde la fecundación hasta el momento del parto, el periodo posparto o postnatal que va desde el nacimiento hasta el año de vida del bebé y el periodo perinatal, que es el que engloba el periodo que va desde la semana 22 de gestación hasta el término de la cuarta semana después del parto (Figura 1).

Figura 1

Ciclo del embarazo (Adaptado de A Report from the California Task Force on the Status of Maternal Mental Health Care (2017))



La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ([SEGO, 2010, 2018](#)) y American College of Obstetricians and Gynecologists ([ACOG, 2018a](#)) indican que la salud prenatal es una parte importante del cuidado básico de la salud materna, por ello las visitas al obstetra desde el momento que se sabe que se está embarazada, son importantes para comprobar si hay signos de enfermedades como diabetes, hipotiroidismo, anemia o infección, así como el control de la salud del feto. Es importante hacer un diagnóstico prenatal para evitar anomalías fetales (que están alrededor del 3%) como el síndrome de Down, el síndrome de Edwards y los defectos del tubo neural ([Bennett e Indman, 2019](#)), realizados entre otros motivos por el aumento de la edad materna ([SEGO, 2013](#)). Con el control obstétrico se fomenta la salud de la mujer y su descendencia y se disminuye la morbi-mortalidad materna y perinatal.

El embarazo es un proceso que implica importantes cambios tanto físicos como emocionales, representa un periodo crítico durante el cual las prácticas de salud materna contribuyen significativamente a los resultados maternos, neonatales y de la primera infancia ([Alhusen et al., 2016](#)). Es importante, por tanto, tener acceso a la atención médica. Tener acceso continuo a la atención gratuita que brindan algunos países no es lo mismo que tener que pagar por los servicios de salud, algo que ocurre en otros países, por lo que las mujeres inmigrantes pueden tener mayor riesgo de morbilidad materna y neonatal en comparación con las mujeres nativas ([Fair et al., 2020](#)).

La maternidad ha sido considerada como un periodo de bienestar emocional, pero no siempre es así. En nuestra cultura, aún hoy aparece la imagen idílica de la madre con su bebé saludable, pero no parece ser suficiente el placer de ser madre, pues se ha visto que hay un

descenso de las tasas de fecundidad (INE, 2021b). Según este estudio, el número de nacimientos se redujo un 1,3% respecto a 2020 (4.504 nacimientos menos), continúa así la tendencia decreciente de la última década, sólo interrumpida en 2014, los datos del Ministerio de Sanidad (2018) muestra que hubo un descenso de 18.653 nacimientos en relación a 2016. Desde 2011 la cifra ha descendido un 28,6%. La Encuesta de Fecundidad (INE, 2018) muestra que las mujeres de nacionalidad extranjeras tienen más hijos que las españolas a todas las edades, teniendo las españolas los hijos más tardes que las de nacionalidad extranjera. En el estudio de 2022, con datos provisionales de 2021 (INE, 2022), de los 336.811 niños nacidos en España en 2021, 71.914 fueron de madres extranjeras, es decir 21,4% del total; en 2020 fue el 22,6%. El índice de fecundidad de las madres españolas es mucho menos (1,16%) vs. madres inmigrantes (1,38%), valor similar a 2020 (tabla 1).

Tabla 1
Número de hijos por mujer según nacionalidad

Años	Total	Españolas	Extranjeras
2011	1,34	1,29	1,58
2012	1,32	1,27	1,56
2013	1,27	1,23	1,53
2014	1,32	1,27	1,62
2015	1,33	1,28	1,66
2016	1,34	1,28	1,72
2017	1,31	1,25	1,71
2018	1,26	1,20	1,65
2019	1,24	1,17	1,59
2020	1,19	1,13	1,47
2021 ^(*)	1,19	1,16	1,38

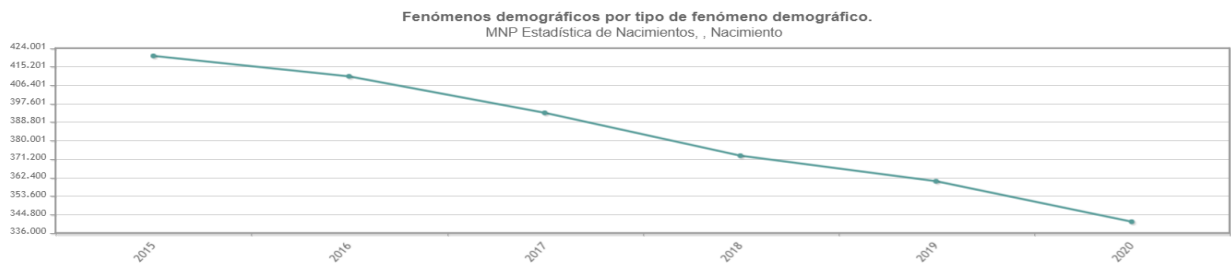
(*) Datos provisionales. Fuente: Adaptado de INE (2021b)

La edad media de las madres fue de 32,6 años; 33 años las españolas vs. 30,7 años las inmigrantes. Otro indicador que refleja el retraso de la maternidad es el número de nacimientos de madres de 40 años o más, que ha crecido en un 38% en 10 años. El número de mujeres de

25 a 40 años se redujo un 2,1% en 2021, ese rango de edades estuvo formado por generaciones menos numerosas nacidas durante los 80 y la primera mitad de los 90, lo que puede indicar el menor índice de fecundidad (INE, 2022). En el gráfico 2 se puede ver la tendencia a la baja de la natalidad.

Gráfico 2

Adaptado de Estadísticas del Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios. INE 2022)



Por tanto, la reducción de nacimientos se debe a la cohorte generacional en edad reproductiva cada vez más pequeña y en una gran parte según el INE (2021b), se aprecia que se ha frenado el ritmo de la caída de nacimientos, que ha llegado a desplomarse un 21% en relación al mismo mes de 2020 a consecuencia del parón de embarazos durante el confinamiento, por el miedo y la incertidumbre de la pandemia, aunque ya en la Encuesta de Fecundidad (INE,2018) ocho de cada 10 mujeres de 25 a 29 años, no habían tenido hijos, elevándose la cifra al 88,1% para todas las mujeres de entre 18 y 30 años. Más de la mitad de las mujeres de 30 a 34 años, no tenían hijos, así como el 27,8% de 35 a 39 años y 19% las de más de cuarenta años.

2.2. SALUD MENTAL PERINATAL

2.2.1 *Definición de Salud Mental Perinatal*

Para definir la Salud Mental Perinatal hay que conocer la definición de lo que es la Salud Mental en general. El bienestar mental es un elemento fundamental de la definición de salud según la Organización Mundial de la Salud «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» ([OMS, 2022a](#)).

Según los Informes Europeos de Salud Perinatal [2015](#) y [2022](#) (que comprende datos de 2015 a 2019):

La salud materna y neonatal son indicadores esenciales de la salud y el bienestar de la población. Los avances médicos, el acceso universal a la atención sanitaria, los cambios en la salud de la población y el aumento de los conocimientos de las mujeres en edad fértil han impulsado la disminución de la mortalidad materna durante décadas. Sin embargo, a pesar de estos avances, existen importantes retos con el objetivo de proporcionar un comienzo óptimo en la vida a todos los niños y familias. El número de familias afectadas por la pérdida de un hijo, ya sea un mortinato o una muerte infantil, sigue siendo considerable, más de 40.000 familias en Europa cada año.

En segundo lugar, aunque las muertes maternas son cada vez más raras, casi la mitad están asociadas a una atención deficiente, se calcula que entre el 1% y el

3% de las mujeres cuando ingresan para el parto, experimentan una morbilidad grave. En tercer lugar, aunque la mortalidad asociada a las complicaciones del embarazo, como el parto prematuro y la de crecimiento intrauterino ha disminuido, la prevención de estas complicaciones ha tenido mucho menos éxito.

En general, las tasas de nacimientos prematuros se han mantenido estables en Europa o han aumentado en algunos países, aunque en el informe de 2022 se indica que las tasas han comenzado a disminuir en los últimos años. Por otro lado, las altas y crecientes tasas de parto por cesárea siguen estando al alza por lo que es un problema que sigue preocupando por las consecuencias no deseadas para las madres y los bebés. Además, algunos de los principales factores de riesgo de las complicaciones materno-infantiles, como la edad avanzada de la madre y la obesidad, son cada vez más frecuentes y pueden detener o invertir la tendencia a la baja de la mortalidad.

La reducción de estos factores de riesgo entre las mujeres embarazadas requiere un enfoque holístico de la salud de la población antes y durante el embarazo.

Por último, los factores sociales también pueden influir en el riesgo de mortalidad, a consecuencia de circunstancias socioeconómicas más desfavorables, pudiendo existir múltiples factores de riesgo, y crean condiciones difíciles para las familias, lo que justifica una atención especial en la protección de las mujeres embarazadas y sus recién nacidos.

Desde la psicología, se han incrementado investigaciones relativas a la incidencia de alteraciones emocionales, algo que anteriormente no se hacía por considerar que era un proceso natural y no se buscaba apoyo psicoterapéutico.

Existen evidencias que indican que el embarazo y el posparto no solo no protegen de la psicopatología materna, sino que son momentos de gran vulnerabilidad para el inicio/recurrencia de trastornos psicopatológicos.

La depresión materna es un problema de salud pública generalizada que afecta el bienestar, la manera de vivir, la actitud y la manera de ver la vida de las madres. La depresión puede causar una gran tristeza y puede quitarle a la madre la energía, la motivación y el entusiasmo en la crianza de los hijos. También puede llevar a la pérdida de la esperanza, a dudar de sí misma y a sentirse culpable por no ser la clase de madre que ella quiere ser. La depresión materna es un problema familiar. Cuando una madre sufre depresión, los síntomas que ella tiene pueden afectar a toda la familia ([Mental Health America, 2008, p. 8](#)).

2.2.2 *Problemas Afectivos en el Embarazo*

La depresión perinatal es ampliamente reconocida como un grave problema de salud mental, a menudo mal diagnosticado ([Al-Azri et al., 2016](#)), en los países desarrollados y, más recientemente, en los países de bajos y medianos ingresos, que puede afectar a las mujeres durante el periodo prenatal, teniendo efectos profundos y generalizados en la madre y en la relación madre-bebé ([Branquinho et al., 2021](#)).

En el DSM-5 (APA, 2013) ya se define la depresión perinatal. Esta guía es la más reciente de la clasificación de enfermedades mentales. En ella se recoge los criterios para la depresión en el embarazo y después del parto, sustituyendo el antiguo especificador “comienzo en el posparto” que había en el DSM-IV por el especificador “con inicio en el periparto”. De esta manera se especifica que el episodio depresivo mayor se presenta durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto. A continuación, se detallan los criterios diagnósticos de la depresión periparto (cuadro 2).

Cuadro de texto 2

Adaptado de los criterios diagnósticos DSM-5. Depresión periparto

311 (F32.9)

En esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumple todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Con inicio en el periparto: Este especificador se puede aplicar al episodio actual o, si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor, al episodio de depresión mayor más reciente si el inicio de los síntomas del estado de ánimo se produce durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto.

Nota: Los episodios del estado de ánimo se pueden iniciar durante el embarazo o en el posparto. Aunque las estimaciones difieren según el período de seguimiento después del parto, entre un 3% y un 6% de las mujeres experimentarán el inicio de un episodio de depresión mayor durante el embarazo o en las semanas o meses que siguen al parto. El 50%

de los episodios de depresión mayor “posparto” comienzan realmente antes del parto. Así pues, estos episodios se denominan colectivamente episodios del periparto.

Las mujeres con episodios de depresión mayor en el periparto con frecuencia sufren ansiedad grave e incluso ataques de pánico. Estudios prospectivos han demostrado que los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo, así como el desánimo puerperal aumentan el riesgo de un episodio de depresión mayor después del parto.

Los episodios del estado de ánimo que se inician en el periparto pueden presentar o no características psicóticas. El infanticidio se asocia la mayoría de las veces a episodios psicóticos posparto que se caracterizan por alucinaciones que ordenan matar al niño o delirios de que el niño está poseído, pero los síntomas psicóticos también pueden aparecer en episodios graves del estado de ánimo posparto sin estos delirios o alucinaciones específicas.

Los episodios del estado de ánimo (de depresión mayor o maníacos) en el posparto con características psicóticas se producen en un número de partos que oscila entre 1 de cada 500 y 1 de cada 1.000 partos y pueden ser más frecuentes en primíparas. El riesgo de episodios posparto con características psicóticas es especialmente mayor en mujeres con episodios del estado de ánimo posparto anteriores, pero también es elevado en pacientes con antecedentes de un trastorno depresivo o bipolar (en especial el trastorno bipolar I) y en las que tienen antecedentes familiares de trastornos bipolares.

Cuando una mujer ha tenido un episodio posparto con características psicóticas, el riesgo de recurrencia con cada parto posteriores del 30% al 50%. Los episodios posparto se han de diferenciar del síndrome confusional que sucede en el período posparto, que se distingue por un grado de conciencia o atención fluctuante. El período posparto es excepcional en cuanto al grado de alteraciones neuroendocrinas y de ajustes psicosociales, el posible impacto de la lactancia materna en el plan de tratamiento y las implicaciones a largo plazo de una historia de trastorno del estado de ánimo posparto en la planificación familiar posterior.

La depresión antenatal se caracteriza por tener comienzo en el embarazo ([Al-Hejji et al., 2019](#)) y manifestarse con conductas de llanto frecuente, fatiga, alteraciones del sueño, y del apetito, anhedonia, irritabilidad, preocupaciones como por ejemplo la salud del feto o miedo al parto, dificultades en la relación con el feto o incluso sentimientos de rechazo hacia el embarazo ([Rodríguez-Muñoz et al., 2019](#)). Hay sentimientos de inutilidad y culpa hacia la maternidad y el bebé, siendo el sentimiento de culpa uno de los más prevalentes en este periodo ([Rodríguez-Muñoz et al., 2022](#)).

La depresión antenatal es un trastorno que se suele pasar por alto, pues en muchas ocasiones las mujeres padecen síntomas depresivos subsindrómicos ([Pereira et al., 2014](#)), puede pasar sin ser diagnosticada porque los síntomas de depresión se atribuyen a cambios físicos y hormonales que suelen estar asociados con el embarazo ([ACOG, 2018b](#); [Krauskopf y Valenzuela, 2020](#)). Las mujeres embarazadas pueden tener dificultad para reconocer sus síntomas depresivos durante el embarazo y el posparto porque pueden confundirse con la angustia asociada con la transición a la maternidad. También puede deberse a sentimientos de culpa, vergüenza y estigma, que los lleva a ocultar cómo se sienten ([Fonseca et al., 2020](#)).

Estudios de diferentes países han estimado que la prevalencia de depresión durante o después del embarazo oscila entre el 6 y el 38% ([Field, 2011](#); [Fortner et al., 2011](#)). En 2017, en España, la prevalencia de síntomas depresivos prenatales se estimaba entre el 10,3% a 14% ([Rodríguez-Muñoz et al. 2017a](#)). En el análisis sociodemográfico del estudio de [Marcos-Nájera et al. \(2020\)](#) de prevalencia y factores de riesgo entre españolas e inmigrantes se muestran unos resultados de prevalencia en torno al 17,9% (15,2%) las españolas y 25,8% las inmigrantes,

teniendo importantes repercusiones si no se atiende adecuadamente durante el embarazo y el periodo posparto.

[Escribà-Agüir et al. \(2008\)](#) informaron que los predictores de depresión durante el embarazo son similares para ambos sexos, pero que los antecedentes de depresión y la insatisfacción marital, son factores de riesgo para la depresión prenatal de la mujer. Según los hallazgos del estudio de [Caparros-Gonzalez et al. \(2017\)](#), los síntomas psicopatológicos en el primer y segundo trimestre, el alto estrés específico del embarazo en el segundo trimestre y los altos niveles de cortisol en el pelo materno en el primer y tercer trimestre se asociaron con una mayor probabilidad de padecer síntomas de depresión posparto. Estos autores explican que el periodo previo a la concepción y el segundo trimestre del embarazo son periodos particularmente sensibles, lo que iría en línea con otros estudios que respaldan la idea de que la depresión posparto puede tener comienzo antes del parto ([Fisher et al., 2016](#); [Thompson y Ajayi, 2016](#); [Wisner et al., 2013](#)), y si no se trata adecuadamente, la depresión prenatal puede conducir a la depresión posparto ([Al-Hejji et al., 2019](#)).

El desarrollo de la depresión prenatal es multicausal. Se han reportado factores biológicos, psicológicos y sociales como factores de riesgo ([Marcos-Nájera et al., 2020](#)), así como obstétricos, según la revisión de ([Míguez y Vázquez, 2021](#)).

Incluso siendo un embarazo sin complicaciones, los cambios que se producen durante esta etapa, pueden afectar a la salud mental materna, por tanto, al desarrollo del bebé ([Lagadec, et al., 2018](#)). Se trata de identificar a mujeres vulnerables de padecer problemas afectivos durante el embarazo y las variables que están influyendo en su salud física y mental y el

desarrollo del feto, realizando acciones preventivas o iniciar tratamientos adecuados ([Marcos-Nájera et al., 2017](#); [Muñoz, 2019](#); [Rodríguez Muñoz et al., 2019](#)).

Sin embargo, no se incorpora a los protocolos de vigilancia de la salud el cribado y seguimiento del riesgo de sufrir depresión perinatal ([Rodríguez-Muñoz et al., 2016](#)), aun cuando este trastorno tiene una tasa en torno al 20%, afectando a una de cada cinco mujeres. Durante el embarazo, se provee a las mujeres de tratamientos obstétricos de alta calidad, aunque actualmente persisten brechas en la vigilancia de la salud mental materna a pesar del progreso significativo en este campo y el cuidado que se presta, por lo que debe integrarse en el cuidado obstétrico la atención de la depresión mediante (1) la detección, (2) evaluación, (3) triaje y derivación, (4) acceso al tratamiento, (5) inicio del tratamiento, (6) monitoreo de síntomas y (7) adaptación del tratamiento basado en la medición hasta que remitan los síntomas ([Byatt et al., 2019](#)). Se recomienda, por tanto, que se evalúe a las gestantes al menos una vez durante el periodo perinatal ([Milgrom y Gemmill, 2014](#); [Austin, 2014](#); [ACOG, 2018b](#)), siendo importante que el personal de obstetricia y ginecología estén preparados en caso necesario tanto para intervenir, como para iniciar los tratamientos adecuados ([Rodríguez-Muñoz et al., 2016](#)).

Las mujeres embarazadas no buscan ayuda psicológica en caso de síntomas depresivos por el estigma asociado a este trastorno ([Boyd et al., 2011](#); [King et al., 2019](#); [Muzik et al., 2009](#)), lo que conlleva no poder tener tratamiento. La depresión es relativamente fácil de diagnosticar si el clínico hace preguntas a la persona deprimida y está dispuesto a escuchar las respuestas ([Lartigue et al., 2008](#)). Entre las barreras para detectar la depresión está la concepción generalizada de que el embarazo y el puerperio deben ser etapas llenas de felicidad

y, por consiguiente, no debe haber lugar para la tristeza (Lartigue et al., 2008). Vemos, por tanto, que el cuidado del estado emocional de las mujeres embarazadas sigue siendo un aspecto descuidado de la medicina obstétrica y de la psicología.

La depresión puede cursar con pensamientos autolíticos, llegando en los casos más graves a intentos de suicidio. Gelaye et al. (2016) mostró en su revisión que hay evidencia científica suficiente para afirmar que las mujeres embarazadas tienen mayor ideación suicida que la población en general, aunque los datos varían de forma considerable en función de la edad de la gestante o del grupo étnico. En España, la prevalencia encontrada de ideación suicida en el estudio de Castelao-Legazpi et al. (2022) fue de 2,6%, estimándose el suicidio como una de las primeras causas de muerte materna (Al-Halabí et al., 2021; Informe Europeo de Salud Perinatal, 2022).

Milgrom et al. (2015) tras hacer una revisión de otros estudios, señalan que la depresión prenatal y la ansiedad o el estrés son altamente comórbidos. El nacimiento de un hijo implica, no sólo modificaciones físicas, también psicológicas y sociales (Huber et al., 2015).

2.2.3 *Factores de Riesgo Psicosociales y Sociodemográficos en el Embarazo*

La salud psicosocial es multidimensional, hace referencia a las interrelaciones del entorno social, por ejemplo, el apoyo social, y la salud psicológica de un individuo (como la depresión, el estrés, etc.) o la autosuficiencia (Sakamoto et al., 2022). Los factores asociados con la salud y el acceso a la atención, está compuesto por determinantes sociales como la

desigualdad de ingresos, exclusión social, el sentido de eficacia colectiva y la conexión social ([Garcia-Tizon et al., 2017](#); [Moysén et al., 2015](#)). La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación subjetiva de las pacientes en la esfera de las dimensiones físicas, mentales y sociales del bienestar ([Lagadec et al., 2018](#)); estos autores, muestran en su estudio los factores asociados a una mejor calidad de vida, como puede ser la edad media materna, ser primeriza, edad gestacional precoz, ausencia de problemas sociales y económicos, hacer ejercicio físico, estar feliz por el embarazo y tener buen apoyo social. Los factores asociados a una peor calidad de vida fueron la reproducción asistida, complicaciones antes y durante el embarazo, la obesidad, náuseas y vómitos, dolor de estómago, de espalda, el tabaquismo, dependencia del alcohol, las dificultades para dormir, el estrés, la ansiedad, la depresión durante el embarazo y la violencia doméstica y sexual.

En el embarazo y el posparto las mujeres son especialmente vulnerables a enfrentar problemas psicológicos. Cada mujer embarazada afronta la gestación de forma diferente, así, la depresión durante el embarazo puede afectar el comportamiento de búsqueda de la salud materna, la adherencia a las intervenciones médicas y psicológicas y el aumento de los comportamientos de riesgo, como el uso y abuso de sustancias ([Dadi et al., 2020](#)).

En las últimas tres décadas, la investigación también ha identificado algunos factores de riesgos psicosociales, particularmente algunas formas de estrés y ansiedad prenatal ([Accortt et al., 2015](#)). Existe bastante literatura en lo que respecta a los factores de estrés que afectan a las mujeres embarazadas, como bajos ingresos, bajo nivel educativo, abuso sexual en la niñez, escaso apoyo social y eventos vitales mayores ([Al-Azri et al., 2016](#); [Gaviria et al., 2019](#); [Woods](#)

[et al., 2010](#)), antecedentes personales o familiares de cualquier trastorno mental común ([Dadi, et al., 2020](#)), pesadas responsabilidades de la familia y el hogar, problemas en relaciones íntimas y complicaciones del embarazo ([Woods et al., 2010](#)), así como de los factores de riesgo para la depresión perinatal ([Milgrom, 2008](#); [Rodríguez-Muñoz et al., 2019](#)), que incluyen antecedentes de depresión, presencia de ansiedad, dificultades matrimoniales o falta de pareja, falta de apoyo social y acontecimientos importantes recientes de la vida ([Ghaedrahmati et al., 2017](#); [Lancarter et al., 2010](#); [Raghavan et al., 2021](#)).

Las asociaciones médicas empiezan a entender que no hay que tener solo competencia en la situación fisiológica de la gestación de la mujer. Por esta razón, [ACOG \(2006, 2018b\)](#), la guía [NICE \(2021\)](#) y [SEGO \(2018\)](#), indican la importancia de reconocer posibles riesgos no sólo obstétricos y clínicos, sino también psicosociales (detección temprana de violencia, economía, apoyo social y familiar, consumo de tabaco, alcohol, drogas, etc.), para mejorar la salud y la calidad de vida de la mujer embarazada y del recién nacido ([Marcos-Nájera et al., 2020](#); [Moysén et al., 2015](#); [Rodríguez Muñoz et al., 2019](#)). Las mujeres y las niñas de poblaciones desplazadas a la fuerza o que viven en zonas de conflicto se ven más afectadas por las perturbaciones de los sistemas de salud, a las violaciones y demás formas de violencia en contextos bélicos, así como a las dificultades para acceder a la atención sanitaria ([OMS, 2018a](#)).

Es importante que los profesionales tengan información de los factores psicosociales de la mujer gestante ([Rodríguez-Muñoz et al., 2022](#)). Según estas autoras, el PDPI-R es un cuestionario que da información de los factores de riesgo para la salud mental materna.

2.2.3.1 Apoyo Social en el Embarazo

Los cambios de la sociedad moderna, propicia que a veces las mujeres embarazadas carezcan de suficiente soporte físico y emocional durante el embarazo y el posparto (Glazier et al., 2004). Esta falta de apoyo que experimentan las madres cada vez con mayor frecuencia, sobre todo en países desarrollados, parece ser un factor que contribuye a la depresión posparto (Ray y Hodnett, 2001).

Se ha observado que la presencia de apoyos sociales apropiados, fundamentalmente el apoyo social percibido, más que el apoyo real, puede ayudar a amortiguar las experiencias estresantes (Leis y Gallegos, 2018; Sandín, 2003).

Varios estudios han demostrado que hay una asociación entre la depresión prenatal y las dificultades de afectividad lo cual parece tener un rol mediador importante en el desarrollo de posteriores resultados adversos para los niños (Lefkovic et al., 2014). Cuando el embarazo es planeado, los apoyos sociales están disponibles y la relación de las mujeres con su pareja manifiesta alto consenso, el cuidado y la cohesión, la calidad de lo emocional aumenta. El entorno que proporciona la madre al feto es crítico para su bienestar incluso después de la gestación y el nacimiento (Moysén et al., 2015; Field, 2017).

2.2.3.2 Inmigración Femenina

Un tema importante a abordar es el de la inmigración. Qué implicaciones incluye tener un bebé fuera del entorno habitual y con una serie de condicionantes, que pueden afectar física y mentalmente a la madre, teniendo repercusiones en el feto y recién nacido.

En las últimas décadas ha habido amplia migración femenina a países desarrollados; el perfil sociodemográfico del fenómeno migratorio femenino se observa según [Grotti et al. \(2018\)](#) por dos razones: en primer lugar, la reunificación familiar; en segundo, la emigración de mujeres solas en busca de una mejora económica para trabajar en el hogar y el cuidado ([Castilla Vázquez, 2017](#)), también sectores altamente cualificados ([Grotti et al., 2018](#)) y refugiadas.

Las migrantes son un grupo heterogéneo, pues dependen del tiempo de estancia en el país de destino, la documentación y el estado de residencia, si la migración es forzada o voluntaria y las razones de la migración ([Fair et al., 2020](#)). Principalmente, se trata de población joven, en edad fértil, lo que influye de manera importante en la natalidad nacional y en el perfil de las gestantes ([Fair et al., 2020](#); [Martínez et al., 2021](#)). Esta situación puede convertirse en ocasiones en un estrés debido a la carga socio-familiar ([Cuesta, 2019](#)) la mala situación económica, la discriminación o la exclusión social ([Fair et al., 2020](#)), dando lugar a trastornos adaptativos y de salud mental ([Cuesta, 2019](#); [Fair et al., 2020](#)).

Una de las variables más importantes para escoger España como país de residencia es principalmente el idioma, es el mismo que tienen en sus países de origen en el caso de mujeres latinoamericanas ([Rodríguez Atencio, 2021](#)). Otra causa importante es la facilidad de acceso, ya que en muchos países no necesitan visado para ingresar a la Comunidad Europea (CE). Otro factor es el económico, es menos costoso ir a España que a Estados Unidos y también menos peligroso pues no existen mafias para entrar al país ([Rodríguez Atencio, 2021](#)).

Las mujeres inmigrantes han encontrado trabajo en el servicio doméstico, el cual ha estado menos afectado por la recesión económica en comparación con el trabajo del sector de la construcción, por lo que han sido los grandes bastiones de sus familias tanto en los países de origen como de destino (Oso, 2018).

Se considera a las inmigrantes un colectivo con una especial vulnerabilidad física, psicológica y social (Cuesta, 2019), un grupo de riesgo en lo que respecta a los trastornos mentales durante el periodo perinatal, influyendo la condición de inmigrante en la prevalencia de depresión prenatal, del 12% al 45% (Anderson et al., 2017; Cuesta, 2019; Fair et al., 2020). Los factores de estrés asociados a la adaptación a una cultura y costumbres diferentes, sufrir alienación y falta de redes de apoyo o percibir barreras para acceder al sistema sanitario (Cuesta, 2019; Fair et al., 2020; Fellmeth et al., 2017) como también las barreras idiomáticas (Cuesta, 2019), son riesgos que tienen un fuerte impacto en las inmigrantes (Fellmeth et al., 2017).

La cultura y la religión también son importantes. Cada país tiene sus propias creencias relacionadas con el embarazo y el nacimiento (Rodríguez-Muñoz et al., 2022), por lo que algunas de estas creencias apoyan un embarazo y maternidad saludables, pero puede que otras culturas no, por lo que la mujer no pedirá ayuda. Por ello, es importante que los profesionales tengan información primordial de los factores psicosociales de la mujer gestante para evitar problemas en el embarazo.

2.2.3.3 Tabaquismo en Embarazadas

Como se vio anteriormente, el tabaquismo representa un importante problema de salud pública, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial (OMS, 2022b). Fumar o compartir espacio con alguien que fuma expone a quien no fuma del humo del tabaco. Esto conlleva a incrementar el riesgo de sufrir complicaciones de salud al hacer un consumo involuntario (Míguez y Pereira, 2021).

Aunque la tasa de tabaquismo entre las embarazadas ha disminuido, sigue siendo alto tanto en los EE. UU. y Europa Occidental, con una prevalencia entre el 15% y el 20% de las mujeres embarazadas que fuman (Brand et al., 2019), siendo la tasa de tabaquismo más alta entre las embarazadas más jóvenes y socialmente desfavorecidas (Taylor et al., 2020). En España, según el informe anual del Sistema Nacional de Salud 20-21, del Ministerio de Sanidad (2022), un 16,4% de mujeres fuman, el 20,95% corresponde a mujeres entre 15 y 24 años, 28,26% a mujeres entre 25 y 34 años y el 28,25% a mujeres entre 35 y 44 años. La tasa de gestantes fumadoras según un metanálisis realizado en 2016 (Lange et al., 2018) se estima en el 26%. España sigue siendo uno de los países europeos donde es más frecuente fumar durante el embarazo (Míguez y Pereira 2021).

Muchas mujeres intentan dejar el tabaco durante el embarazo, motivadas principalmente por la preocupación por la salud de sus bebés por nacer y de ellas mismas, así como por un conjunto de factores extrínsecos, incluidos los cambios fisiológicos en el sabor y el olor del humo durante el embarazo (Sieminska y Jamssem, 2014). Algunas mujeres cuando saben que están embarazadas, dejan de fumar por su cuenta (abandono espontáneo) y otras

siguen fumando, o porque no logran dejar de fumar o no lo consideran importante, aunque tienden a reducir su consumo (Míguez et al., 2017; Míguez et al., 2019). Sin embargo, no más del 30% de mujeres de los países occidentales consiguen dejar de fumar durante la gestación (Jansen et al., 2010; Sieminska y Janssem, 2014). En España, de las mujeres que fumaban antes de la gestación, el 41,9% dejó de fumar en el primer trimestre, siendo del 48,4% en el tercer trimestre (Pereira y Míguez, 2020). En torno a las recaídas de las mujeres que habían dejado de fumar durante el embarazo, estas autoras hallaron una prevalencia de recaída del 17,6% a los dos meses posparto y del 32% a los seis-ocho meses.

En la mayoría de los estudios, el método principal de recogida de información es el autoinforme de consumo/abstinencia, si bien refleja el consumo en población general, en las embarazadas existe un riesgo de infraestimación de la prevalencia de consumo (Dietz et al., 2011). Esto se debe a la ocultación que se produce por la presión a no fumar a la que se ven expuestas las gestantes (Míguez y Perereira, 2018); estas autoras, hallaron tasas de ocultación de entre el 11% y el 19,6%, por lo que es muy difícil ayudar a una mujer que oculta la conducta de fumar.

Es importante saber qué variables psicosociales están relacionadas con el tabaquismo. Hay resultados contradictorios, por lo que no hay consenso en la asociación de las variables sociodemográficas relacionadas con la salud y el consumo de tabaco durante la gestación. Se ha relacionado el tener un menor nivel educativo, bajo nivel socioeconómico, no tener trabajo, no tener pareja o no convivir con ella, el que el embarazo sea o no planificado y convivir con una persona que fuma (Míguez y Pereira, 2018), vinculándose también con la presencia de

problemas de salud mental como la depresión (Maxson et al., 2012; Míguez et al., 2017), mayor sintomatología ansiosa y mayor percepción de estrés (Maxson et al., 2012; Míguez y Pereira, 2018).

3. SALUD OBSTÉTRICA

La depresión prenatal, como hemos visto anteriormente, puede convertirse en un verdadero problema de salud pública (Fonseca et al., 2020), al igual que los problemas psicosociales (Sakamoto et al., 2022). Por ello, otro factor de estudio son los problemas obstétricos derivados de los factores psicosociales.

La depresión prenatal puede tener efectos adversos en la madre y el bebé, incluyendo a la familia en general. Para la madre, los efectos adversos pueden estar relacionados con trastorno del sueño, pérdida de seguimiento obstétrico, complicaciones como la preeclampsia (Al-Azri et al., 2016; Al-Hejji et al., 2019; Kordi et al., 2017), partos quirúrgicos como cesáreas o partos vaginales instrumentales (Al-Azri et al., 2016), sangrado posparto, e incluso suicidio (Al-Hejji et al., 2019). En relación con los bebés, el bajo peso al nacer del bebé, CIR o parto prematuro (Al-Hejji et al., 2019), así como ingreso posterior a la unidad de cuidados neonatales y muerte súbita (Al-Azri et al., 2016). Los estudios realizados respecto a los efectos adversos de la depresión materna advierten de factores que operan a distintos niveles: apoyo social, nivel de ingresos, minorías étnicas, nivel sociocultural, etc., factores fundamentales para el bienestar físico y mental de la mujer embarazada (Smith et al., 2011; Goecke et al., 2012). También los trastornos de interacción de las madres deprimidas y sus bebés parecen ser universales a través de diferentes culturas y grupos de estatus socioeconómico (Field, 2017).

En el estudio de [Accortt et al. \(2015\)](#), se apunta a que la depresión prenatal es un factor de riesgo psicosocial ocasionando complicaciones a nivel obstétrico, lo que incluye un mayor riesgo de mortalidad, salud y problemas de desarrollo para bebés y niños, y costos emocionales y económicos para las familias, sin embargo, la evidencia aún no es definitiva a propósito de si la depresión prenatal es un factor de riesgo claro para PP (prematuridad) y BPN (bajo peso al nacer).

3.1. MORTALIDAD INFANTIL

La tasa de mortalidad infantil fue de 2,7 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos, según los datos recogidos entre 2015-2017 ([Ministerio de Sanidad 2018](#)), disminuyendo en el año 2021, situándose en 2,5 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos ([Ministerio de Sanidad, 2022](#)). Por su parte, la mortalidad perinatal, indicador más sensible que la mortalidad infantil para la evaluación de la cobertura y la calidad de la atención a la salud materno-infantil, se sitúa en 4,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos ([Ministerio de Sanidad 2017](#)). Entre 2001 y 2014, la mortalidad perinatal descendió en España un 18% ([Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016](#) del Ministerio de Sanidad).

Mientras que la mortalidad neonatal está más relacionada con la calidad de la atención a la mujer gestante y el cuidado neonatal, los factores que contribuyen a la mortalidad postneonatal tienden a estar más relacionados con las circunstancias socioeconómicas de los padres ([Ayerza y Herraiz, 2015](#)). Si la mortalidad infantil es un grave problema en algunos países en desarrollo, el riesgo de pobreza infantil constituye una importante preocupación en el mundo económicamente desarrollo ([Blanco Arana, 2017](#)).

3.2. PREMATURIDAD

Acerca de los nacimientos prematuros, la [OMS \(2018b\)](#) estima que cada año nacen 15 millones de niños prematuros y que esa cifra está aumentando. Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 aproximadamente un millón de muertes, muchas de ellas debido a complicaciones en el parto. Muchos de estos bebés prematuros sobreviven con algún tipo de discapacidad de por vida como pueden ser de aprendizaje, alteraciones visuales y auditivas. La [OMS \(2018b\)](#) recomienda que se administren inyecciones para fortalecer los pulmones del bebe, aplicar la técnica de la “madre canguro” que no es otra que mantener al bebé desnudo en contacto directo con la piel de la madre y amamantarlo con frecuencia ([OMS, 2004](#)).

Los factores de riesgo de parto pretérmino [SEGO \(2016\)](#) son los siguientes (tabla 2).

Tabla 2
Factores de riesgo de parto pretérmino

Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Historia de parto pretérmino previo ❖ Antecedente de aborto segundo trimestre de la gestación (> 16 semanas) ❖ Embarazo múltiple ❖ Sobredistensión uterina ❖ Alteraciones vasculares
--------------------	---

Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cirugía cervical: conización, LLETZ (extraer una porción o parte del cuello uterino) ❖ Anomalía uterina congénita ❖ Dilatación cervical, legrado uterino ❖ Antecedente de cesárea anterior en dilatación completa prolongada ❖ Bajo peso materno pregestacional (IMC < 19,8) ❖ Periodo intergenésico corto (PIC) (periodo entre parto y concepción de la siguiente gestación < 18 meses, según definición OMS)
Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hábito tabaquismo ❖ Raza afroamericana y afrocaribeña ❖ Estrés materno
Otros mecanismos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Infección intraamniótica ❖ Infecciones extrauterinas ❖ Senescencia celular (incapacidad de división celular) ❖ Disminución de la acción de progesterona

Fuente: SEGO (2016)

3.3. BAJO PESO Y MACROSOMÍA

En total, se estima que entre un 15% y un 20% de los niños nacidos en todo el mundo presentan bajo peso al nacer, lo que supone más de 20 millones de neonatos cada año (OMS, 2014).

El bajo peso al nacer (BPN) lo ha definido la OMS (2014) como el peso al nacer menor de 2.500 gr., siendo la carga de la mortalidad y la morbilidad en el período perinatal: embarazo, parto y posparto, una preocupación importante en Europa.

Los factores de riesgo del bajo peso al nacer son los siguientes (tabla 3).

Tabla 3

Factores de riesgo bajo peso al nacer

Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prematuro anterior ❖ Periodo Intergenésico Corto (PIC) ❖ Antecedentes de BPN en partos previos ❖ Parto pretérmino ❖ Rotura prematura de membranas
Maternos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Edad extrema materna (< 20 años; > 35 años) ❖ HTAG ❖ PE ❖ Enfermedades renales ❖ Enfermedades tiroideas ❖ Enfermedades cardiorrespiratorias ❖ Enfermedades autoinmunes ❖ Diabetes gestacional ❖ Infección vaginal e infección de tracto urinario
Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hábito tabaquismo ❖ Factores psicosociales

Fuente: Cobas et al. (2021); Pérez et al. (2018)

Sin embargo, sobre los bebés macrosómicos, existe una relación directa entre la ganancia de peso gestacional y el peso al nacer, diabetes materna, multiparidad, sexo del feto varón; es causa importante de morbilidad neonatal y materna, siendo motivo de un aumento en la tasa de cesáreas (Salas et al., 2021).

Es importante por las repercusiones que pueden tener en el recién nacido, comprobar si la prevalencia de problemas obstétrico es alta, así como que las gestantes inmigrantes que suelen presentar peores indicadores psicosociales tienen peores resultados obstétricos.

4. SALUD MENTAL Y PROBLEMAS OBSTÉTRICOS

Las muertes maternas ocupan el segundo lugar dentro de las causas de mortalidad que afectan a las mujeres en edad fértil. Cada año mueren por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto unas 303.000 mujeres, el 99% de ellas en países en desarrollo (OMS, 2019).

En los últimos diez años, se ha dado más importancia a la depresión de la madre, pues no solo puede alterar el desarrollo de los sistemas biológicos relacionados con el estrés en el feto (Field, 2011), sino que también pueden aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas (Grigoriadis et al., 2013) y su repercusión tanto a corto como a largo plazo (Muzik et al., 2009), ya que juega un importante papel tener un embarazo saludable en la atención cálida de las madres hacia el desarrollo fetal e infantil (Goodman et al., 2011).

Problemas psicológicos como el estrés, ansiedad durante el embarazo (Hall et al., 2012; Muzik et al., 2009), miedo al parto, y la ansiedad después del parto, están asociados con la exposición a la intervención obstétrica, así como resultados neonatales negativos tanto para las madres como para el bebé (Hall et al., 2012). Las complicaciones prenatales incluyen alteración de la función placentaria (Janssen et al., 2016), cesáreas y efectos negativos en la lactancia materna (Hall et al., 2012), preeclampsia (PE) (Gaviria et al., 2019; Kordi et al., 2017) y el aborto espontáneo (Sugiura-Ogasawara et al., 2002).

4.1. SALUD MENTAL, FETO Y BEBÉ

4.1.1 *Salud Mental*

El 50% de los episodios de depresión mayor “posparto” comienzan realmente antes del parto, y estudios realizados desde hace más de 20 años, demuestran la importancia del estado emocional de la madre por el nexo relacional entre la madre y el desarrollo neurológico del feto y su futuro hijo (Goecke et al. 2012; Monks et al., 2020; Roncallo et al., 2015). Este estado de ánimo se caracteriza por síntomas afectivos, conductuales, cognitivos, físicos e interpersonales que les hacen menos capaces para su autocuidado y atención y cuidado del hijo (Huber et al., 2015). Las prácticas de salud materna de mujeres embarazadas con mala salud mental, y las consecuencias de no cuidarse, contribuyen significativamente a los resultados adversos maternos, neonatales y de la primera infancia (Alhusen et al., 2016; Schmidt y Argimon, 2009).

4.1.2 *Salud Mental y Feto*

La literatura evidencia que la situación emocional de la mujer influye en su cuerpo físicamente, por lo que desde el momento en que decide quedarse embarazada hay que tener en cuenta cuestiones como el estrés o la ansiedad que pueden afectar directamente a la concepción o al desarrollo del feto (Blair et al., 2011). Así el grado de ansiedad materna, el estrés percibido, la presencia de depresión y los factores socioeconómicos poco favorables se relacionan con el grado de vinculación materno-fetal y con las prácticas de salud o

comportamientos que puedan afectar el desarrollo del embarazo y el bienestar fetal ([Roncallo et al., 2015](#)).

[Jadresic \(2014\)](#) indica que hay conductas cuando no existe vinculación materno fetal, como: descuidar el embarazo, abandonar los controles prenatales, o de no seguir o seguir erróneamente las indicaciones médicas en comparación con las embarazadas no deprimidas. Además, están más expuestas a abusar del tabaco, alcohol y las drogas, lo cual puede afectar al resultado obstétrico ([Jadresic, 2014](#)). Pero cuando prevalece vinculación materno fetal, hay una conducta de abstinencia o reducción del consumo de alcohol, del tabaco u otras drogas, así como efectos positivos del descanso, la alimentación adecuada y la atención prenatal ([Roncallo et al., 2015](#)).

Se ha considerado durante mucho tiempo que el feto en etapa de desarrollo in útero estaba exento de sufrir algún daño por agentes externos, pues se suponía que estaba protegido dentro del vientre materno ([Martínez de Villarreal, 2008](#)). Los vínculos entre los niveles hormonales maternos y fetales han sido examinados estudiando la correlación entre niveles plasmáticos maternos y fetales para una variedad de hormonas ([Field, 2018](#)). Existe evidencia que niveles anormales de serotonina, norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión ([Field, 2018](#); [Guadarrama et al., 2006](#)). También se ha encontrado que, los recién nacidos de madres con síntomas depresivos prenatales tenían niveles elevados de cortisol y norepinefrina ([Field., 2018](#); [Lartigue et al., 2008](#); [Prieto et al., 2019](#)), precisamente porque el ambiente fetal puede verse alterado si el estrés en la madre cambia su

perfil hormonal, y en los humanos existe una fuerte correlación entre los niveles de cortisol materno y fetal (Caparros-Gonzalez, 2017; Glover, 2019). Estudios como los de Prieto, et al. (2019); Field (2018), y Junge et al. (2017), indican que los niveles de cortisol materno moderan las asociaciones entre los síntomas de depresión materna y los niveles de cortisol del niño, lo que puede hacer que sea más reactivo al estrés posparto (Junge et al., 2017).

Davalos et al. (2012) plantearon la hipótesis de que los efectos más significativos de la depresión materna en el feto tienen lugar durante la primera mitad de la gestación, pudiendo causar mayor daño al bebé que el que le pueda ocasionar en la depresión posparto. Khashan et al. (2014) indican que el estrés prenatal, la ansiedad y la depresión medidos a las 20 semanas de gestación aumenta el riesgo de tener un bebé PEG. Por tanto, esta relación está en contexto con la “*Hipótesis de la Programación Fetal*”, en la que se indica que los eventos acaecidos durante la vida fetal y prenatal pueden tener repercusión en la salud y enfermedad neonatal y del adulto (Caparros, et al., 2021).

Durante el embarazo, el feto en desarrollo está unido a la madre a través de la placenta. La placenta es un órgano endocrino materno y fetal y es el único transportador y filtro de nutrientes, desechos y teratógenos (Janssen et al., 2016). Se empieza a comprender algunos de los mecanismos subyacentes, incluido el papel de la placenta, las interacciones gen-ambiente, la epigenética y los sistemas específicos, incluido el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal y las citoquinas (Glover et al., 2018). Así, se sabe que la placenta funciona para mitigar la respuesta inmune de la madre a su feto y fabrica grandes cantidades de hormonas para inducir las adaptaciones necesarias para un embarazo de éxito, proporcionando, de esta manera,

protección al feto contra las adversidades prenatales (Janssen et al., 2016). Se esperaría que, la combinación entre la neuroquímica y el mecanismo de la placenta, de los trastornos mentales que ocurran durante el embarazo, aumenten el riesgo de resultados obstétricos adversos (Hoirisch-Clapauch et al., 2015). Según Thompson y Ajayi (2016) la depresión prenatal se ha implicado en la privación nutricional y el bajo aumento de peso materno durante el embarazo asociándose con el crecimiento intrauterino restringido (CIR).

Las consecuencias de la depresión prenatal pueden alterar el desarrollo del sistema nervioso fetal, como se ha dicho antes, 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 tanto a CIR y prematuridad (PP) como a problemas de comportamiento en la infancia (Dávalos et al., 2012; Field, 2018).

Según Field et al. (2006), Field (2017), Field (2018) y Gaviria et al. (2019) los síntomas maternos de depresión se relacionan con circunferencias de la cabeza del feto más pequeñas, bajos pesos fetales (BPF) <2.500 gramos (Field, 2018; Grigoriadis et al., 2013; Gaviria et al., 2019; Grote et al. 2010) CIR y PP (Field, 2018; Fransson et al., 2011; Gaviria et al., 2019; Grigoriadis et al., 2013), o más riesgo en el parto y menores puntuaciones de Apgar (Field et al., 2004; Gaviria et al., 2019). Los bebés llorarán más a menudo, y serán más difíciles de consolar (Vázquez et al., 2005) y tendrán pobre succión (Grigoriadis et al., 2013). Las investigaciones reportan una mayor actividad cardíaca durante la gestación y al momento del parto del bebé (Emory y Dieter, 2006).

4.1.3 *Salud Mental y Bebé*

El entorno que proporciona la madre al feto es crítico para su bienestar incluso después de la gestación y el nacimiento (Field, 2017). Ahora hay evidencia considerable de que el estado de ánimo o el estrés de la madre durante el embarazo pueden aumentar el riesgo de psicopatología en su hijo (Glover et al., 2018).

También está asociada la depresión materna a la regulación neuroconductual de los recién nacidos, incluyendo su habilidad para atender a estímulos visuales y auditivos y a los estados de alerta en general, tal como se miden en la Escala de Evaluación de Comportamiento Neonatal (Field et al., 2004; Costas Moragas et al., 2007).

Hay factores durante el embarazo que pueden contribuir a problemas en el desarrollo cognitivo, motor y conductual del niño, como son la pobreza, la desnutrición o la exposición a teratógenos (Botella, 2004), así las madres que usan sustancias como drogas, alcohol o tabaco, provocan problemas en el niño como bajo peso al nacer, retrasos del desarrollo cognitivo y motor, la circunferencia de la cabeza más pequeña, bebés prematuros e incluso puede provocar la muerte. También existen hallazgos que indican que los problemas de salud mental de la madre durante el periodo fetal pueden condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño hasta la edad adulta (Glover, 2019).

Algunos estudios prospectivos han demostrado que, si una madre está deprimida, ansiosa o estresada durante el embarazo, esto aumenta el riesgo de que su hijo tenga un amplio rango de resultados adversos, incluidos problemas emocionales, síntomas tanto del trastorno

de hiperactividad con déficit de atención, o trastornos desarrollo cognitivo ([Cummings y Kouros, 2011](#); [Glover, 2019](#)). Aunque la genética y el cuidado postnatal claramente afectan estos resultados, hay evidencia de problemas prenatales adicionales. El componente causal es sustancial. Ansiedad o depresión prenatal llega a ser 10-15% de la carga atribuible para emocionalidad y resultados conductuales en el niño ([Glover, 2015](#)).

Se han realizado estudios relacionados con el riesgo de desarrollar psicopatología posterior; los hijos de madres depresivas presentan con mayor frecuencia psicopatología en general y en particular trastornos del ánimo ([Olhaberry et al., 2013](#)). Se observan también conductas específicas en bebés de madres depresivas, como altos niveles de llanto/queja y dificultades para ser calmados ([Vázquez et al., 2005](#); [Field et al., 2007](#)), más problemas de sueño, persistiendo entre los 18 y 30 meses de edad ([O'Connor et al., 2007](#)), mayor presencia de afectos negativos, y evitación del contacto visual con la madre ([Boyd et al., 2006](#); [Svanberg et al., 2010](#)).

Estudios preliminares ya investigaban acerca de la influencia de los síntomas depresivos de la madre en los bebés. [Puckering \(1989\)](#) descubrió que las madres deprimidas son más indecisas con respecto a qué hacer con su bebé. En su estudio, que fue precursor sobre la depresión perinatal y la relación con el bebé, se presentan pruebas de que hay menos tendencia a sostener cadenas largas de interacciones con este. También suelen usar lenguaje más simple al hablar con el bebé y en general interactúan por menor tiempo. En su estudio, el niño necesitó emplear métodos más intensos o directos para lograr respuestas de su madre. Las interacciones placenteras se interrumpieron más fácilmente, los niños hablaron menos e

hicieron hablar menos a su mamá. Las mujeres tendían a estar más preocupadas y ensimismadas. También se ha encontrado una mayor frecuencia de apego inseguro en los niños. [Lefkovic et al. \(2014\)](#) en su estudio, muestra que hay una asociación entre la depresión prenatal y las dificultades de apego, que parece desempeñar un papel mediador importante en el desarrollo de resultados adversos adicionales para los niños.

El concepto de vinculación perinatal ya fue desarrollado por [Bowlby \(1982\)](#). Para este autor, las mujeres con mayor apego materno-fetal tienen mayor actitud positiva hacia el feto y de crianza hacia sus hijos que las que sufren depresión perinatal, por su actitud más negativa hacia el bebé, afectando su desarrollo físico, cognitivo y relacional ([Alhusen et al., 2012](#); [Alhusen et al., 2013](#); [Beck, 1998](#); [Goecke et al., 2012](#); [Khashan et al., 2014](#)).

También se ha estudiado como afecta en la actividad eléctrica cerebral de los bebés los efectos del estilo de interacción materna (intrusiva / retraída). Se estudiaron en bebés de madres deprimidas y no deprimidas poco después del nacimiento y nuevamente a los 3-6 meses de edad ([Diego et al., 2006](#)). Así, mientras los bebés de madres deprimidas con estilos de interacción intrusiva mostraron un cambio hacia una mayor activación del EEG frontal izquierdo desde el nacimiento hasta los 3-6 meses, los bebés de madres deprimidas con estilos de interacción retraída mostraron un cambio hacia una mayor activación del EEG frontal derecho relativo.

Estudios como el de [Milgrom et al. \(2008\)](#), describen consecuencias negativas en el desarrollo cognitivo y comportamental. Se observa que las madres deprimidas generan altos niveles de confusión en sus bebés ya que muestran incongruencias entre sus comunicaciones

verbales y no verbales ([Hwa-Froelich et al., 2008](#); [Siegel y Hartzell, 2013](#)). La investigación indica que las madres deprimidas, especialmente cuando su depresión es crónica, son menos sensibles con sus niños, juegan y les hablan menos a sus hijos, y proveen menos límites y estrategias de disciplina apropiados para la edad que las madres no deprimidas ([Goodman, 2007](#)).

Las madres depresivas muestran fallas en las habilidades para interactuar con sus bebés, frecuentemente agrupadas en dos polos. En uno, prima la hostilidad, la crítica y la intrusión y en el otro la evitación, la pasividad y la no responsividad frente a las ofertas comunicativas del niño, siendo ambos asociados a patrones inseguros de apego infantil ([Olhaberry, 2013](#)). Sin embargo, algunas investigaciones destacan que el tipo de vinculación temprana y el patrón de apego no se transmitirían transgeneracionalmente de manera lineal, sino que participarían otros factores que podrían mediar y reducir los efectos de la psicopatología materna. Entre estos factores destacan la subjetividad de la madre, del bebé y el contexto interaccional ([Quezada y Santelices, 2010](#)).

[Goodman et al. \(2011\)](#) investigaron acerca del impacto de la percepción y las creencias de los niños en cuanto a la depresión de la madre, y encontraron que la manera única y particular con que cada niño/a percibe la depresión en su madre, determinaría su respuesta y su capacidad de adaptarse a ésta. Esta respuesta a su vez, estaría determinada por su desarrollo emocional y cognitivo, y mediaría el efecto de la depresión materna en la salud mental infantil, así como en la calidad del vínculo.

En efecto, otros hallazgos relativos a la salud mental infantil y familiar han mostrado la importancia de la participación del niño/a en la tríada que integra junto a su padre y su madre. En este sentido, el intercambio simultáneo con ambos padres puede contribuir a la resolución de aspectos disfuncionales de la interacción diádica, por ejemplo, entre una madre deprimida y su bebé. Esta experiencia favorece además la regulación emocional en el niño/a y ayuda a la reducción de la tensión y el estrés ([Fivaz-Depeursinge y Favez, 2006](#)).

Aunque no es objeto de este estudio, es importante no olvidarse de la salud de los padres. Algunos estudios muestran que la salud mental y el nivel de sintomatología depresiva en el padre, pueden moderar la relación entre la sintomatología depresiva materna y los síntomas en el niño/a. En este sentido, un padre presente en la crianza y con una adecuada salud mental, puede influir positivamente, reduciendo las consecuencias negativas de la depresión materna en el desarrollo del niño ([Carro et al., 1993](#); [Dietz et al., 2009](#); [Gere et al., 2013](#); [Mezulis et al., 2004](#)).

[Field \(2017\)](#) apunta en su estudio a que los efectos en relación a la fisiología del recién nacido dependen más de la depresión materna preparto que de la posparto, pero también pueden depender de la duración de los síntomas depresivos. Varios estudios coinciden en que las actitudes y sentimientos de la madre influyen en el desarrollo emocional del bebé, por lo tanto, influirá en su personalidad. Examinando la literatura, se hace evidente que se han de realizar más estudios en España para ver los efectos en los bebés tanto a nivel fisiológico como psicológico de los síntomas depresivos prenatales.

5. TABAQUISMO, PROBLEMAS OBSTÉTRICOS, FETO Y BEBÉS

5.1. TABAQUISMO Y PROBLEMAS OBSTÉTRICOS

Las fumadoras tienen mayor probabilidad de presentar altos niveles de ansiedad y depresión, lo que tiene repercusiones en el embarazo, el parto y el recién nacido ([Pereira et al., 2020](#)).

Incluso siendo fumadora pasiva, los efectos del tabaco pueden provocar efectos adversos en el embarazo ([Míguez y Pereira 2021](#)) por lo que se considera un importante problema de salud pública que podría evitarse ([Míguez y Pereira 2018](#)). Cuando una mujer embarazada fuma, las distintas sustancias del cigarro atraviesan la barrera placentaria ([Míguez y Pereira 2018](#); [Santiago Pérez, et al., 2020](#)), teniendo repercusión a nivel obstétrico (PE, aborto, parto prematuro o bajo peso al nacer) entre otros problemas ([Míguez y Pereira 2018](#); [Míguez y Pereira 2021](#); [Santiago Pérez et al., 2020](#)).

5.2. TABAQUISMO Y PROBLEMAS OBSTÉTRICOS EN EL FETO

Diversos estudios están de acuerdo en que el consumo de tabaco perjudica tanto a la gestante como al feto, contribuyendo a la aparición de morbilidades e incluso favorecer una mortalidad prematura ([Míguez y Pereira 2018](#); [Santiago Pérez, et al., 2020](#)). El tabaquismo materno es un factor de riesgo; el monóxido de carbono causa vascularización defectuosa, hipertrofia placentaria y/o hipoxia local, lo que reduce el flujo sanguíneo uterino, aumentando el riesgo de complicaciones y restringiendo el crecimiento fetal ([Míguez, 2022](#)). El ambiente

prenatal al que el feto está expuesto durante el desarrollo fetal, determinará en un alto porcentaje la salud y enfermedad a lo largo de la vida ([Caparros et al., 2021](#)).

5.3. TABAQUISMO Y PROBLEMAS OBSTÉTRICOS EN BEBÉS

Muchas madres fumadoras deciden no amamantar para evitar los efectos negativos en el bebé, provocando una pérdida de los beneficios de la lactancia materna ([Joseph et al., 2017](#)).

Las mujeres que dejan de fumar y mantienen su abstinencia, en comparación con las que fuman, presentan menos complicaciones durante el embarazo y el parto, sus bebés tienen mayor peso, igualándose a las no fumadoras y practican la lactancia materna en el posparto ([Míguez y Pereira, 2021](#)).

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

CAPÍTULO II: OBJETIVOS DEL ESTUDIO, JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO, JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

1.1. OBJETIVOS

Se revisaron estudios en español e importantes estudios en lengua inglesa acerca de la depresión, sus efectos, prevalencia, predictores, apoyos que tienen las madres y consecuencias en el feto y los bebés.

El objetivo principal de este estudio es determinar la prevalencia de la depresión durante el embarazo y conocer de forma exploratoria qué factores psicosociales y variables obstétricas existen y su frecuencia, en una muestra de mujeres españolas e inmigrantes y de mujeres fumadoras y no fumadoras, atendidas en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Los objetivos específicos que se plantean son los siguientes:

- 1.** Evaluar la prevalencia de sospecha de depresión durante el embarazo con el cuestionario PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) en el primer trimestre de gestación en las mujeres que dan a luz en un hospital de referencia en Madrid (España) prevalencia (españolas vs. inmigrantes), (fumadoras vs. no fumadoras).
- 2.** Examinar si existen diferencias significativas en los síntomas depresivos entre (españolas vs. inmigrantes) y (fumadoras vs. no fumadoras).
- 3.** Analizar las diferencias en los aspectos sociodemográficos (edad, edad gestacional al momento del parto, situación laboral, nivel educativo, estado civil, historia previa de depresión, ser primeriza o no serlo, hábitos de consumo de tabaco y alcohol) entre

(españolas vs. inmigrantes) y (fumadoras vs. no fumadoras), así como examinar la prevalencia de los síntomas depresivos junto con las variables sociodemográficas y ver si hay diferencia entre los grupos.

4. Analizar las diferencias en frecuencias de determinados factores de riesgo psicosocial (tener o no tener pareja, historia previa de depresión, tener o no tener estudios, tener o no tener trabajo, percepción de apoyo social de la pareja, familia y amistades, satisfacción con la pareja) en función de si son españolas o inmigrantes, fumadoras o no fumadoras.
5. Analizar la prevalencia de los síntomas depresivos y los factores psicosociales (percepción de apoyo social, satisfacción con la pareja y los problemas con la pareja) entre (españolas vs. inmigrantes) y (fumadoras vs. no fumadoras).
6. Analizar la frecuencia de algunos antecedentes médicos y obstétricos (historia previa de depresión, ser primeriza o no serlo, hábitos de consumo de tabaco y alcohol)
7. Identificar los diferentes tipos de problemas obstétricos en las gestantes.
8. Analizar la prevalencia de problemas obstétricos entre (mujeres españolas e inmigrantes) y (fumadoras vs. no fumadoras).
9. Examinar posibles diferencias en la frecuencia de aparición de problemas obstétricos, entre mujeres españolas vs. inmigrantes, así como fumadoras vs. no fumadoras, tanto de la madre como en el recién nacido.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

¿Para qué sirve esta investigación? ¿Cuál es el problema que se quiere investigar? ¿Qué se podría investigar? A estas preguntas se quiere dar contestación con este estudio y se justifica a continuación.

Tras la revisión de la literatura científica, se advierte que el periodo de gestación es una confluencia de factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan a la mujer embarazada y, por ende, afecta al bebé, tanto en el periodo de gestación como después del nacimiento y que puede perjudicarle en el futuro. Es importante, poder identificar las variables asociadas a la presencia de sintomatología depresiva desde el inicio del embarazo, esto permitiría ofrecer una ayuda eficiente de acuerdo con las necesidades reales de las futuras madres, mejorando su autopercepción de bienestar. Por tanto, se evitaría que el estado depresivo y los problemas psicosociales se prolongasen al posparto con las consecuencias que ello supondría.

La depresión no diagnosticada puede tener consecuencias no sólo para la madre, su impacto se extiende al recién nacido, incluso puede llegar a afectarle en su desarrollo, teniendo repercusiones hasta la edad adulta. Por esto, es de gran importancia tener conocimiento de cuáles son los datos de prevalencia de la depresión desde el inicio del embarazo para dar a conocer la magnitud real del problema. De esta forma, se podrán articular medidas de prevención e intervención adecuadas en caso de ser necesario.

El estudio se divide en dos partes. Primero se analizó la muestra de madres españolas e inmigrantes y parte de estos resultados dieron origen al artículo publicado; en segundo lugar,

se analizó la muestra de fumadoras y no fumadoras, siendo los resultados parte de un artículo enviado a una revista y que está pendiente de revisión al término de esta tesis.

Este trabajo intenta ser novedoso en lo que respecta a los datos aportados, tanto de las madres como de los bebés, referentes a variables obstétricas. Es importante haber podido acceder a los datos de las historias clínicas del embarazo y parto pues nos proporciona mucha información que puede ser contrastada con los estudios encontrados que hay en relación a los temas de este estudio. Se pretende, por tanto, dar luz a una cuestión tan importante como es la salud mental de las embarazadas, para seguir buscando conocimiento en esta área de investigación.

La importancia y novedad de este trabajo se justifica en:

- Síntomas de depresión y factores asociados.
- Origen y edad mujeres embarazadas.
- Edad gestacional de la madre.
- Hábitos en el consumo de tabaco.
- Madres españolas vs. inmigrantes: complicaciones a nivel obstétrico.
- Madres españolas vs. inmigrantes: problemas del bebé al nacimiento.
- Madres fumadoras y no fumadoras: complicaciones a nivel obstétrico.
- Madres fumadoras y no fumadoras: problemas del bebé al nacimiento.

1.3. HIPÓTESIS

Las hipótesis que se plantean en esta tesis son de carácter exploratorio.

Por un lado, se plantean las hipótesis en relación con las embarazadas españolas e inmigrantes, y en segundo lugar se plantean las hipótesis entre las embarazadas fumadoras y no fumadoras.

Hipótesis sobre las embarazadas inmigrantes y españolas:

- ❖ **Hipótesis 1.** Habrá diferencias en variables sociodemográficas entre mujeres españolas e inmigrantes (edad, edad gestacional, nivel educativo, situación laboral, situación de pareja, fuma, bebe alcohol, primeriza y depresión anterior), y se espera mayor porcentaje de mujeres inmigrantes que de españolas en variables sociodemográficas de riesgo.
- ❖ **Hipótesis 2.** Habrá mayor porcentaje de mujeres inmigrantes que de españolas en los factores de riesgo psicosociales: no tener pareja, tener estudios básicos o no tener estudios, no tener trabajo, haber estado diagnosticada de depresión, no tener apoyo social; por lo que se encontrarán diferencias entre los grupos, en dichos factores.
- ❖ **Hipótesis 3.** Las mujeres inmigrantes sentirán tener menos apoyo social que las mujeres españolas, por lo que habrá mayor porcentaje de mujeres inmigrantes con falta de apoyo social (emocional, confianza, contar con y apoyo práctico) tanto de pareja como de familia y amistades.

- ❖ **Hipótesis 4.** La prevalencia de depresión prenatal en este estudio, estará dentro de los márgenes reportados en otros países con características similares (socioeconómicas, culturales, etc.).
- ❖ **Hipótesis 5.** Se esperan diferencias entre las mujeres españolas e inmigrantes en síntomas de depresión, siendo mayor el porcentaje de mujeres inmigrantes las que tendrán mayor gravedad en síntomas de depresión, porque la inmigración suele ser un factor de riesgo en sí misma.
- ❖ **Hipótesis 6.** Entre las mujeres con síntomas de depresión, las inmigrantes percibirán menor apoyo social que las españolas, por lo que existirá mayor porcentaje de inmigrantes en riesgo de factores psicosociales, así como diferencias con las españolas en: peor red de apoyo social, insatisfacción o problemas en la pareja.
- ❖ **Hipótesis 7.** Se espera que, con síntomas de depresión, sea mayor el porcentaje de inmigrantes las que perciban la falta de apoyos, habiendo diferencias entre los grupos en todos los tipos de apoyo (emocional, confianza, contar con y apoyo práctico).
- ❖ **Hipótesis 8.** Dado que se espera que haya diferencias sociodemográficas y en factores psicosociales entre las gestantes españolas e inmigrantes, se espera que también haya diferencias a nivel obstétrico: complicaciones obstétricas, partos distócicos, cesáreas, bebés prematuros y de bajo peso, existiendo un mayor porcentaje de inmigrantes que de españolas con problemas obstétricos.

 *Hipótesis sobre las embarazadas fumadoras y no fumadoras:*

- ❖ **Hipótesis 1.** Se espera que el porcentaje de mujeres fumadoras sea más alto en las gestantes más jóvenes.

- ❖ **Hipótesis 2.** Se esperan diferencias y mayor porcentaje de mujeres que no tienen pareja o no conviven con ella, falta de trabajo y estudios inferiores y tener mayor consumo de alcohol entre las fumadoras.

- ❖ **Hipótesis 3.** Se espera mayor porcentaje en factores de riesgo psicosociales entre las mujeres fumadoras, y que existan diferencias con las no fumadoras en peor red de apoyo social (emocional, confianza, contar con y apoyo práctico), así como insatisfacción o problemas en la pareja.

- ❖ **Hipótesis 4.** Dado que el tabaquismo suele ser un factor de riesgo per se, se espera que haya mayor porcentaje de mujeres fumadoras con síntomas depresivos que de mujeres no fumadoras.

- ❖ **Hipótesis 5.** Se espera que el porcentaje de mujeres fumadoras con depresión sea mayor en mujeres más jóvenes o en las mujeres de más edad.

- ❖ **Hipótesis 6.** Se ha relacionado los factores sociodemográficos y psicosociales con tener peor salud mental, por lo que, se espera mayor porcentaje de mujeres fumadoras con síntomas de depresión con factores como ausencia de pareja, menor nivel de estudios,

ausencia de trabajo, depresión anterior, primeriza, bebe alcohol, falta de apoyos (pareja, familia, amistad) y peor relación en pareja.

❖ **Hipótesis 7.** Se espera que, con síntomas de depresión, sea mayor el porcentaje de fumadoras las que perciban la falta de apoyos, habiendo diferencia entre los grupos, en todos los tipos de apoyo (emocional, confianza, contar con y apoyo práctico).

❖ **Hipótesis 8.** Se espera que haya diferencias a nivel obstétrico entre gestantes fumadoras y no fumadoras: complicaciones obstétricas, partos distócicos, cesáreas, bebés prematuros y de bajo peso, siendo más alto el porcentaje de fumadoras que de no fumadoras en problemas obstétricos.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

1. METODOLOGÍA

1.1. DISEÑO GENERAL

En los análisis que han dado lugar a los dos artículos de investigación para esta tesis, se empleó un estudio observacional de corte transversal para examinar la prevalencia y los factores de riesgo. Se trata de una investigación exploratoria, ya que no hay muchos estudios acerca del tema y los resultados todavía no son determinantes; observacional descriptivo ya que no se manipularon las variables. Dirigido de acuerdo con la declaración [STROBE](#), se recogieron datos y se utilizaron para comparar los dos grupos de mujeres: (españolas vs. inmigrantes) y (fumadoras vs. no fumadoras).

1.1.1 Centro Hospitalario donde se Recoge la Muestra

Se llevó a cabo el trabajo de campo en el **Hospital Clínico San Carlos (HCSC)**, centro sanitario público de la Comunidad de Madrid. El screening se realizó con la colaboración de las matronas cuando las mujeres asistieron a la revisión rutinaria en el primer trimestre de gestación.

1.1.2 Procedimiento y Aspectos Éticos

Previamente a la selección y evaluación de la muestra, se realizaron diferentes trámites burocráticos para poder llevar a cabo la recogida de datos. Primero se solicitó la autorización al Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital. Se presentó el proyecto de investigación (información general, justificación del proyecto “mamás y bebés”, objetivos,

material y métodos, aspectos éticos legales, memoria económica/fuente de financiación y compromiso de publicación de resultados). Segundo, se solicitó autorización del gerente del hospital y del jefe del servicio de ginecología y obstetricia, donde está integrada la consulta en la que se recogió la muestra. Una vez que se consiguieron todas las autorizaciones, se procedió a la recogida de datos.

El estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki, y aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Clínico San Carlos Hospital (código CEIC C.I. 14/060-E) ([Anexo III](#) y [Anexo IV](#)).

Cuando las mujeres acudieron a la consulta de obstetricia a las 12 semanas de gestación para la realización de la ecografía del primer trimestre, completaron en la sala de espera, antes de entrar a consulta, un formulario compuesto por un cuestionario sociodemográfico ([Anexo V](#)), un cuestionario de predictores de depresión [PDPI-R ([Anexo VI](#))] y el cuestionario de salud del paciente [PHQ-9 ([Anexo VII](#))], el objetivo era conocer qué factores de riesgo psicosocial y síntomas de depresión podían mediar en las variables obstétricas. Previamente a la administración de los cuestionarios, se informaba a las embarazadas del objetivo de la investigación, y las que participaron lo hicieron voluntariamente, dando su consentimiento ([Anexo VIII](#)) por escrito, para poder recoger la información proporcionada en los cuestionarios. Una vez accedieron a participar y firmaban el consentimiento informado, se proporcionaban las instrucciones convenientes para cumplimentar el formulario y se procedía a su formalización.

Se utilizó la historia clínica de embarazo y parto, para la recogida de las variables obstétricas tanto de la madre como del recién nacido ([Anexo IX](#)), que fue facilitado por el servicio de ginecología y obstetricia, una vez aprobada la investigación.

A cada cuestionario se le asignó un número, para que los datos introducidos en la base de datos fueran anónimos. Una vez preparada la base de datos, se vinculó el cuestionario a la historia clínica. La recogida de datos por su confidencialidad, se hizo en el mismo hospital.

1.1.3 Instrumentos de Evaluación

Existen distintos instrumentos que permiten evaluar los factores de riesgo de la depresión prenatal, aunque es bastante habitual que se evalúen los factores de riesgo utilizando escalas ad-hoc en las se incorporen al estudio unos u otros factores dependiendo de los objetivos particulares de cada investigación. En este estudio, como se ha visto anteriormente, se utilizaron el Cuestionario de Información Sociodemográfica, el PDPI-R en su versión prenatal y el PHQ-9. Para variables objetivas se utilizó la historia clínica de embarazo y parto.

Los instrumentos de evaluación utilizados en esta investigación se describen a continuación.

1.1.3.1 Cuestionario de Información Sociodemográfica

En la literatura científica se han evaluado distintas variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral, inmigración, fumar, etc.). A continuación, se

presentan las variables incluidas en el cuestionario utilizado. Se proporciona un resumen de las mismas (tabla 4) y se describen por su importancia.

Tabla 4
Variables sociodemográficas del estudio

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	
Edad	
Origen	España, resto de Europa, Norteamérica, Latinoamérica, África, Asia y Oceanía.
Estado civil	Soltera, casada, conviviendo en pareja, divorciada/separada y viuda.
Nivel de estudios	Sin estudios, básicos, medios, superiores.
Situación laboral	Trabaja, en paro, ama de casa, incapacidad
Semana de gestación	
Fumadora	Si, No
Bebe alcohol	Si, No
Depresión anterior	Si, No
Primípara	Si, No

- **Edad de la mujer.** No siempre se ha analizado la edad con la presencia de depresión en el embarazo. Una menor edad (≤ 20 años) materna aumenta las posibilidades de depresión durante el embarazo (Coll et al., 2016) e incluso la adolescencia (Ceballos-Martínez et al., 2010), si además va acompañada de bajos ingresos (Lee y Hans, 2015; Thompson y Ajayi, 2016). También puede deberse a que algunas de estas jóvenes pueden tener menor nivel de estudio, menos ingresos con trabajos peor remunerados o estar desempleadas y carecer de apoyo de pareja (Thompson y Ajayi, 2016).

Por otro lado, hay estudios que han descubierto que, a mayor edad materna, mayor riesgo de depresión antenatal. Coll et al. (2016) y Weobong et al. (2014), hallaron que, una

edad mayor de 35 se asoció con mayor riesgo de depresión. Como explicación, el aumento de la edad materna se asocia de forma independiente con resultados adversos específicos del embarazo, considerándose los posibles efectos de las dificultades para concebir y la ansiedad asociada con la edad materna avanzada ante complicaciones obstétricas (Cleary-Goldman et al., 2005).

- **Origen (Inmigración).** Como se ha visto anteriormente, es importante el entorno social donde se mueve la gestante. No ser de la misma raza del país donde se vive, ser extranjera (Giardinelli et al., 2012; Latorre, 2011), tener una relación familiar conflictiva (Giardinelli et al., 2012), exclusión social (Bonmatí-Tomás et al., 2016) son variables relacionadas con la depresión prenatal, pues todo ello conlleva una falta de apoyo social (Cuesta, 2019; Fair et al., 2020; Fellmeth et al., 2017).

- **Estado civil.** Estar soltera, no vivir en pareja, no tener pareja estable o no tener una relación de compromiso (Ceballos-Martínez et al., 2010; Coll et al., 2016; Thompson y Ajayi, 2016), se ha asociado con mayor riesgo de depresión prenatal. No tener pareja supone un menor apoyo social (Coll et al., 2016), peor situación económica e incluso un embarazo no deseado (Thompson y Ajayi et al., 2016). Pero tener pareja y ser una relación insatisfactoria, se ha asociado a mayor riesgo de depresión durante el embarazo (Giardinelli et al., 2012; Redinger et al., 2018). Las mujeres buscan apoyo en sus parejas a consecuencia de los cambios fisiológicos y psicológicos que ocurren durante el embarazo, por ello, la percepción de falta de apoyo social puede tener influencia directa con los síntomas de estrés, ansiedad y depresión.

(Leis y Gallegos, 2018; Reyes González, 2018). Ser víctima de violencia de género también se asocia con mayor riesgo de depresión prenatal (Ogbo et al., 2018; Thompson y Ajayi, 2016).

- **Nivel de estudios.** La mayoría de estudios realizados, han encontrado *asociación entre menor nivel de estudios y depresión prenatal* (Coll et al., 2016; Goecke et al., 2012; Thompson y Ajayi, 2016). Tener menor nivel educativo a menudo está relacionado con menor nivel de ingresos (Coll et al., 2016; Gaviria et al., 2019; Thompson y Ajayi, 2016).

- **Situación laboral.** El no tener trabajo remunerado (Gaviria et al., 2019; Lancaster et al., 2010) se ha asociado con la presencia de depresión prenatal, como también se ha asociado con la depresión prenatal ser ama de casa a tiempo completo (Ceballos-Martínez et al., 2010). Según estos autores, ser ama de casa o no trabajar, supone tener una menor red de apoyo, tener menos recursos económicos y menor nivel educativo.

- **Edad gestacional.** La prematuridad tiene consecuencias en el recién nacido, no solo por su mayor tasa de mortalidad y morbilidad en el periodo neonatal, también por las consecuencias que pueden tener a lo largo de la vida del bebé (Suazo-Flores et al., 2021). Ser menor de 19 años y mayor de 35, el bajo nivel educativo, violencia de pareja, antecedentes de parto prematuro, depresión (Suazo-Flores et al., 2021) son factores de riesgo de parto prematuro.

- **Fumadora.** Las embarazadas fumadoras presentan mayor riesgo de depresión. Míguez, et al. (2017) encontraron que las embarazadas fumadoras informaban de un mayor número de síntomas depresivos en comparación con las que dejaban de fumar, desde el primer momento de embarazo. Podría deberse a un refuerzo negativo, pues las personas con trastornos

psicológicos son más propensas a experimentar malestar cuando dejan de fumar, por lo que siguen fumando para evitar dicho malestar ([Míguez, 2022](#)).

- ***Embarazo y alcohol.*** El consumo de alcohol durante el embarazo representa riesgo para el feto, por los resultados negativos tanto a nivel cognitivo, emocional y social; pudiendo causar déficits y problemas de neurodesarrollo en los niños, malformaciones, discapacidades neurocognitivas, restricción del crecimiento fetal, aborto espontáneo y parto prematuro, entre otros problemas. ([Mendoza et al., 2020](#)). Es un importante problema relacionado con la salud obstétrica.

- ***Depresión anterior.*** Antecedentes personales o familiares, se asocian con mayor riesgo de depresión prenatal. Así, antecedentes personales de depresión ([Banti et al., 2011](#); [Coll et al., 2016](#); [Pampaka et al., 2018](#)) o de trastornos psicológicos ([Giardinelli et al., 2012](#)) o antecedentes familiares de depresión ([Al-Azri et al., 2016](#)). La asociación entre depresión anterior y depresión en la gestación, puede deberse a que los cambios físicos (lo que puede limitar a causa de los síntomas), los cambios en el estilo de vida (patrones del sueño y alimentación), pueden intensificarse a causa de la vulnerabilidad de las mujeres durante la gestación ([Coll et al., 2016](#)).

- ***Primípara.*** Ser madre por primera vez conlleva cambios en el estilo de vida. A veces, estos cambios pueden ser estresantes a consecuencia de: cambios en la relación de pareja, necesidad de apoyo social, sobre todo apoyo emocional y confianza para enfrentar sus miedos al parto y la ansiedad al enfrentamiento del cuidado del hijo ([Pascual et al., 2016](#)), por lo que

tanto los factores sociodemográficos como psicosociales están relacionados, pudiendo afectar a la madre primeriza.

1.1.3.2 Inventario Revisado de los Predictores de la Depresión Posparto (PDPI-R) Versión Prenatal

Según el estudio de [Records et al. \(2007\)](#), la base conceptual para el PDPI-R se basa en los resultados de tres metanálisis (Beck, 1996a, 1996b y 2001) sobre predictores de depresión posparto y se compone de 13 predictores, o factores de riesgo. El primer metanálisis reveló nueve factores de riesgo que tenían relaciones significativas con depresión posparto, el segundo se centró en la relación del temperamento infantil con este trastorno del estado de ánimo posparto y en el tercero se conformaron los 10 predictores prenatales y 3 posparto.

Los primeros 10 factores de riesgo conforman la versión prenatal del PDPI-R, que son el estado civil, estado socioeconómico, la autoestima, depresión, el embarazo, depresión previa, ansiedad prenatal, apoyo social, satisfacción matrimonio/pareja y eventos estresantes de la vida. La versión posparto del PDPI-R consiste en los diez factores anteriores más 3 predictores pospartos adicionales, estrés de cuidado infantil, temperamento infantil y melancolía ([Beck, 2002](#)). Es un inventario en forma de una lista de verificación que ha sido destacado como el primer instrumento de evaluación de los factores de riesgo, ya que incluye los factores más importantes descritos por la literatura y es ampliamente utilizado en diferentes contextos ([Ibarra-Yruegas et al., 2018](#); [Rodríguez-Muñoz et al., 2017b](#)).

Inicialmente el cuestionario se diseñó para ser administrado en una entrevista clínica, pero se ha planteado que pueda ser respondido por las propias pacientes (Rodríguez-Muñoz et al., 2017b). Tras el estudio de estas autoras se puede decir que la versión prenatal en español del PDPI-R, demuestra unas buenas propiedades psicométricas en la detección de los factores de riesgo de la depresión durante el primer trimestre, la consistencia interna del instrumento, comparada con otro estudio realizado con mujeres embarazadas de México es de ($\alpha = 0,855$).

El PDPI-R en su versión prenatal española es potencialmente útil para identificar a las mujeres en alto riesgo de depresión perinatal en español y en países latinos que comparten cultura. (Ibarra-Yruegas, 2018; Rodríguez-Muñoz et al., 2017b). Consta de 32 ítems agrupados en 10 grupos con formato de respuesta dicotómico (SI/NO) que miden: estado marital, tener o no tener pareja, estatus socioeconómico, autoestima, ansiedad durante el embarazo, embarazo no deseado, depresión anterior a la gestación, falta de apoyo social, satisfacción matrimonial y estrés vital.

En este estudio se analizó la parte sociodemográfica del inventario, y en riesgos psicosociales: el apoyo social (pareja, familia y amistad), la satisfacción matrimonio/pareja, problemas de pareja.

1.1.3.3 El Patient Health Questionnaire- 9 (PHQ-9)

El PHQ-9 es una escala orientada específicamente a la detección de la depresión (Kroenke et al., 2001; Kroenke y Spitzer, 2002; Spitzer et al., 1999). Es la versión auto aplicada del módulo de depresión del PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders

Procedure), basado en una escala de Likert de 4 puntos. Consta de 9 ítems que se ajustan a criterios del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-5). Detecta la presencia y la gravedad de la depresión.

En el estudio de [Marcos-Nájera et al. \(2018\)](#), en el que se estudió la fiabilidad y la estructura factorial del PHQ-9, el análisis exploratorio reveló una estructura de dos factores (cognitivo-afectivo, somático) y de tres factores (cognitivo-afectivo, somático), relacionado con el embarazo. Los análisis factoriales confirmatorios apoyan un modelo de tres factores, como el mejor ajuste a los datos:

- ❖ Factor cognitivo-afectivo, compuesto de elementos de tristeza, pesimismo, fracaso, culpa, castigo, antipatía, autocrítica, ideación suicida, indecisión y autoestima.
- ❖ Factor somático, compuesto por pérdida de interés, pérdida de energía, irritabilidad, dificultades de concentración, agotamiento y pérdida de interés en el sexo.
- ❖ Factor relacionado con síntomas del embarazo, incluyendo llanto, agitación, cambios en el sueño, patrones y cambios en el apetito.

Evalúa con qué frecuencia se ha experimentado en las dos últimas semanas:

- (1) Anhedonia o falta de interés por hacer las cosas; (2) estado de ánimo deprimido;
- (3) insomnio o hipersomnia; (4) fatiga o pérdida de energía; (5) trastorno del apetito; (6) culpa o inutilidad; (7) problemas para concentrarse; (8) agitación o retraso psicomotor; (9) pensamientos suicidas o de hacerse daño.

Sus principales ventajas frente a otros instrumentos de cribado en depresión, son su rapidez, ser autoadministrado, permitir estimar la severidad de dicho cuadro (Kroenke et al., 2001; Spitzer et al., 1999), ser útil para evaluar la evolución de cada paciente (Löwe et al., 2004) y se puede aplicar tanto en atención primaria como en el ámbito obstétrico (Liu et al., 2011; Marcos-Nájera 2018; Petersen et al., 2015; Zhong et al., 2014a). Ha sido validado y utilizado en diferentes contextos y en diferentes idiomas, incluido el español (Diez-Quevedo et al., 2001; Familiar et al., 2015; Pinto-Meza et al 2005; Zhong et al., 2014b), presentando buenas propiedades psicométricas con diferentes poblaciones y entornos de pacientes (Gilbody et al., 2007). Es importante señalar que, el PHQ-9, es el único cuestionario diseñado para su uso en población general que sí ha sido validado en España con mujeres en su primer trimestre de embarazo (Marcos-Nájera et al. 2018) con una buena consistencia interna ($\alpha = .81$), incluso en su versión más breve de 2 ítems [(PHQ-2) Rodríguez-Muñoz et al., 2017c].

Los ítems se valoran: 0 = “Para nada”; 1 = “Varios días”; 2 = “Más de la mitad de los días” y 3 = “Casi todos los días”, estando la puntuación que se obtiene entre 0 y 27. Las puntuaciones más elevadas corresponden a una sintomatología más severa, siendo 10 el punto de corte recomendado para cribado del trastorno depresivo mayor. El diagnóstico de depresión mayor se sugiere cuando 5 de los 9 síntomas han estado presentes “más de la mitad de los días” en las dos semanas y uno de los síntomas está relacionado con el estado de ánimo o anhedonia. El ítem de ideación suicida se considera positivo para el diagnóstico independientemente de su duración. Los puntos de corte recomendados para el PHQ-9 se muestran en la tabla 5.

Tabla 5
Interpretación puntuación PHQ-9

Diagnostico	Total puntos
Mínimos síntomas de depresión	0-10
Depresión moderada	10-14
Depresión moderada-severa	15-19
Depresión severa	20-27

Fuente: Adaptado de Kroenke et al. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure

Se trata de un instrumento sencillo de libre acceso y autoadministrado. Se optó por aplicar el PHQ-9 por tratarse de un cuestionario ampliamente utilizado en muestras de embarazadas (Smith et al., 2020; Velloza et al., 2020; Woldetensay et al., 2018).

1.1.3.4 Historia Clínica Para Recogida Datos Objetivos

La legislación actual define la Historia Clínica como el conjunto de documentos que contiene los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole de la situación y la evolución clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Las principales funciones que tiene la historia clínica son:

- ✓ Asistencial, siendo su misión principal recoger toda la información clínica relevante.

- ✓ Docencia, en el sentido de que cada historia clínica recoge cuál es la forma correcta de tratar un caso clínico explicando las decisiones de exploraciones y tratamientos que se realizan.
- ✓ Investigación, ya que a través de medios específicos permite encontrar los casos que pertenecen a una misma patología, tratamiento o también su uso como fuente de la propia actividad.
- ✓ Gestión clínica y planificación de recursos asistenciales, al permitir la gestión clínica, la evaluación de los recursos y la planificación de futuras inversiones.
- ✓ Jurídico-legal, al ser un documento legal de la asistencia prestada.
- ✓ Control de la calidad asistencial, ya que sirve para evaluar los objetivos científicos técnicos.

Por ello las historias clínicas son una herramienta vital para cualquier profesional de la salud, tanto a nivel asistencial, como docente, de investigación o de gestión ([Sabartés, et al., 2013](#)).

En la historia clínica obstétrica se persigue identificar los factores de riesgo de la paciente, para así determinar si es necesaria la realización de exploraciones o pruebas complementarias, y en qué orden deben realizarse y solicitarse. Es clave para considerar una gestación de bajo o alto riesgo ([Casini, et al., 2002](#)).

En este caso, las historias contienen datos tanto del embarazo y parto de la madre como del feto (ecografías) y del bebé al momento del nacimiento. En este estudio sólo se utilizarán los datos de la madre y el recién nacido.

A continuación, se relacionan las variables obstétricas **significativas** de este estudio. Se resumen en tabla 6. Las variables obstétricas (complicaciones, parto distócico, cesáreas, prematuridad y peso al nacer) se relacionan en [Apéndice Documental](#).

Tabla 6
Variables obstétricas

VARIABLES OBSTÉTRICAS	
Complicaciones en el embarazo	Hipertensión arterial/PE, placenta previa, CIR.
Parto distócico	Pérdida de bienestar fetal, sangrado genital, desproporción pélvico cefálica, cronológicamente prolongado
Cesárea	Tipo de cesáreas y razones para cesárea
Semana de gestación al parto	Bebé prematuro extremo, muy prematuro, prematuro moderado parto a término y posttérmino
Peso recién nacido	Bajo peso extremo, bajo peso, peso normal y bebé macrosómico.

1.1.4 *Normas Tipográficas*

Para cumplir con las normas tipográficas, las citas, referencias y tablas siguen las normas APA 7^a Ed. ([American Psychological Association, 2020](#)). Y al objeto de unificar la presentación de los datos expresado en cifras, se ha tenido en cuenta las observaciones de las normas APA ([Frías-Navarro,2020](#)), que indica que se acepta el uso anglosajón del punto para separar la parte entera de la decimal. Sólo se pondrán comas en los porcentajes. Así mismo, se siguen las mismas normas para formatos de tablas y presentación de gráficos y figuras.

1.2. PARTICIPANTES Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se utilizó una muestra de conveniencia de mujeres embarazadas. La selección de participantes en el estudio estuvo formada en principio por 764 mujeres que fueron seleccionadas aleatoriamente, para participar en la investigación de mamás y bebés, en el Servicio de Obstetricia del “Hospital Clínico San Carlos” entre los años 2015-2017, donde se asistió su embarazo.

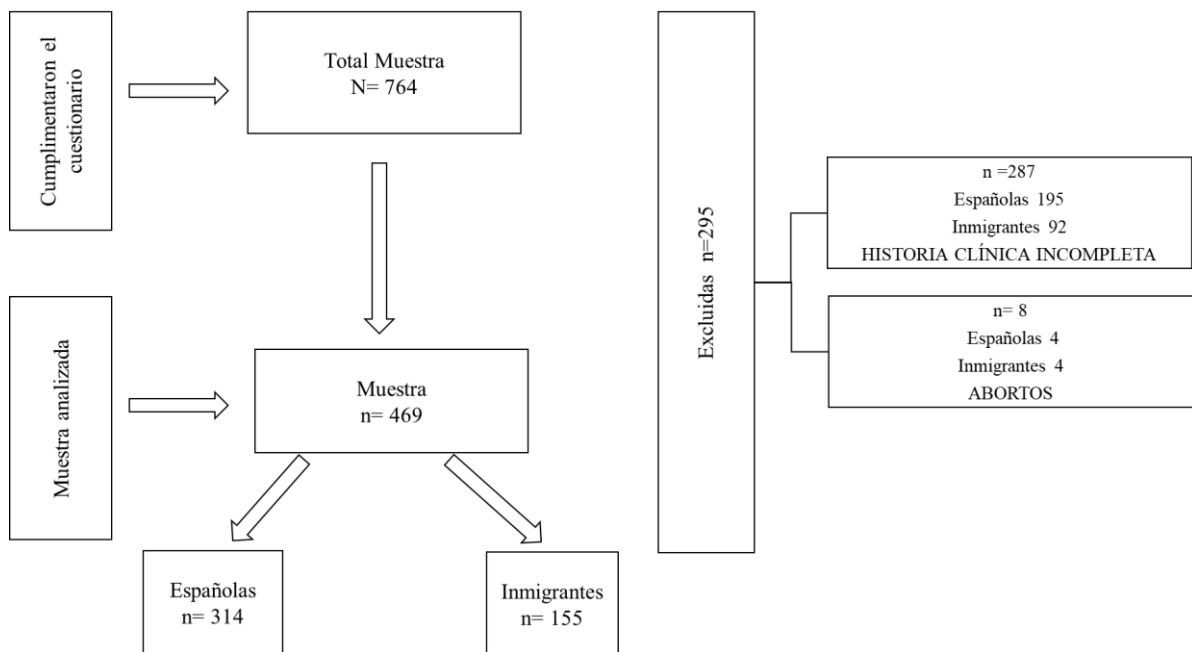
El criterio de inclusión se hizo en dos fases. En un primer momento los criterios de inclusión en el estudio fueron: (a) estar embarazada; (b) comprender suficientemente el idioma español (leer y escribir) para dar su consentimiento y completar las encuestas, y (c) dar a luz en el hospital donde se recogieron los datos. Cuando se recogió la información de las historias clínicas, los criterios de inclusión fueron: (a) tener una historia lo más completa posible y actualizada del embarazo y parto, (b) doce mujeres tienen embarazo gemelar, pero no se las excluye por no diferir del resto de la muestra.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: (a) no tener una historia completa y actualizada de embarazo y parto, y (b) haber sufrido un aborto durante el embarazo, pues de las ocho que abortan no hay suficientes datos para un análisis correcto.

Del total de 764, una vez excluidas por no reunir los requisitos, la muestra resultante fue de 469 mujeres.

En el diagrama de flujo (Figura 2) se conforma cómo queda el número de mujeres que participaron una vez fueron excluidas las que no reunían los requisitos.

Figura 2
Composición de la muestra



CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y RESULTADOS

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

ANÁLISIS

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics para Windows (versión 24), siendo considerado significativo un p-valor $< .05$. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de todas las variables del estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación típica. Para analizar la prevalencia de las variables cualitativas (características sociodemográficas, psicosociales, psicológicas y obstétricas) se utilizó la distribución de frecuencias. Para analizar las diferencias entre los grupos de las distintas variables categóricas, se realizaron tablas de contingencia y se aplicó el estadístico Chi-cuadrado de Pearson, calculando el test exacto de Fisher para aquellas tablas con casillas con una frecuencia esperada inferior a 5. En los análisis Chi-cuadrado además de los grados de libertad, se indica el tamaño muestral en cada análisis realizado. El tamaño del efecto se midió mediante el estadístico V de Cramer. El nivel de confianza se fijó en el 95% y los niveles de significación en el 5% y 1% ($p < .05$ y $p < .01$).

A continuación, se describen los resultados de los análisis de las muestras del estudio. Para ellos se han agrupado en variables sociodemográficas, factores psicosociales, síntomas de depresión y obstétricas. Se ofrece en primer lugar, una descripción en función de las variables que analizaron para la comparación entre españolas e inmigrantes, en segundo lugar, se relacionan en función de las que se compararon entre mujeres fumadoras y no fumadoras.

RESULTADOS

1. ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN SOBRE INMIGRANTES Y ESPAÑOLAS

A continuación, se presenta el estudio de investigación que dio como resultado un artículo. Publicado por la revista International Journal of Environmental Research and Public Health, revista internacional de investigación ambiental y salud pública, cuyo factor de impacto es 4.614, está en Q1. Alta visibilidad: indexado en Scopus SCIE y SSCI (Web of Science), PubMed, MEDLINE, PMC, Embase, GEOBASE, CAPlus/SciFinder y otras bases de datos. La fecha de publicación es posterior a la primera matrícula de tutela académica en la EIDUNED y la doctoranda figura como primera autora (Certificado publicación del artículo [Anexo X](#)).

*PSYCHOLOGICAL, PSYCHOSOCIAL AND OBSTETRIC
DIFFERENCES BETWEEN SPANISH AND IMMIGRANT MOTHERS:
RETROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY*

*(Diferencias psicológicas, psicosociales y obstétricas entre madres
españolas e inmigrantes: estudio observacional retrospectivo)*

1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN EL EMBARAZO DE MUJERES ESPAÑOLAS E INMIGRANTES.

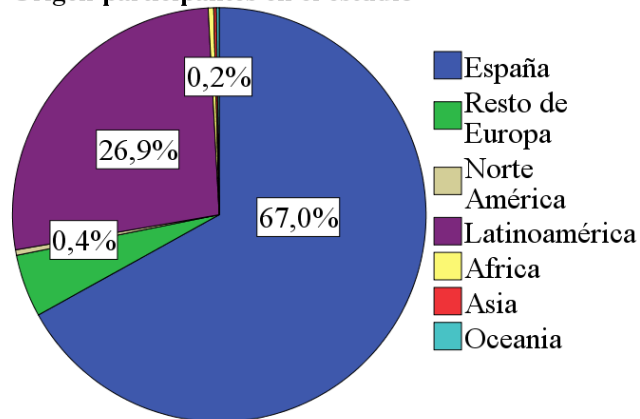
1.1.1. Análisis Sociodemográfico de la Muestra

La muestra estuvo compuesta por 469 mujeres, el 67% españolas y 33% de inmigrantes, de estas, el 26,9% fueron latinoamericanas, el 4,9% del resto de Europa, 0,4% de Norteamérica, 0,4% de África, 0,2% de Asia y 0,2% de Oceanía (tabla 7y gráfico 3).

Tabla 7
Participantes por origen

ORIGEN	
España	314
Latinoamérica	126
Resto de Europa	23
Norteamérica	2
África	2
Asia	1
Oceanía	1

Gráfico 3
Porcentaje de participantes
Origen participantes en el estudio



La edad de las mujeres, divididas en edad mínima y edad máxima en tabla 8.

Tabla 8
Edad mínima y máxima de las participantes

EDAD	Españolas		Inmigrantes	
	Mínima	Máxima	Mínima	Máxima
	18	46	16	43

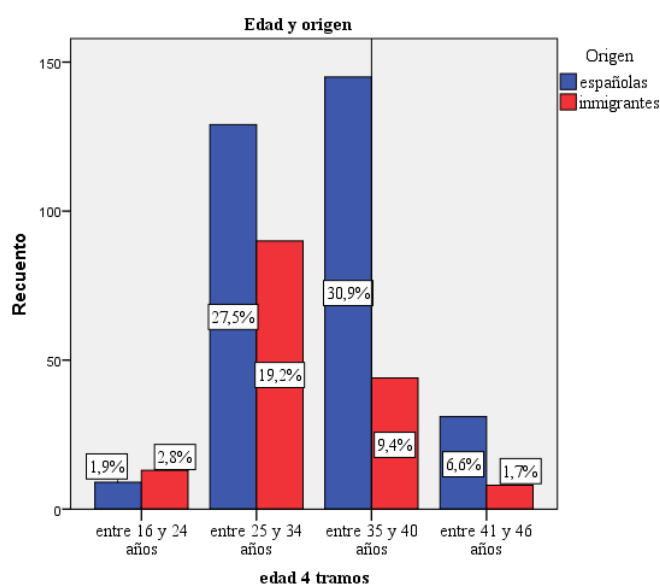
Se analiza la muestra según el origen de las mujeres (españolas e inmigrante) y la edad, dividiéndola en cuatro grupos (tabla 9 y gráfico 4).

Tabla 9
Descripción de la muestra por origen y edad

Edad	Españolas		Inmigrantes		χ^2	V de Cramer
	n	%	n	%		
16 a 24	9	1,9	13	2,8	7.075**	.123
25 a 34	129	27,5	90	19,2	12.023**	.160
35 a 40	145	30,9	44	9,4	13.653***	.171
41 a 46	31	6,6	8	1,7	33.021	

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

Gráfico 4
Edad de las participantes



El rango de edad de las participantes fue de 18 a 46 años las españolas y de 16 a 43 las inmigrantes. La media de edad de las españolas estuvo en 34,7 (DT = 4.77) y el de las inmigrantes 31,7 (DT=5.63) (t = 5.997; p < 0,01). Por edades, se encontró diferencias de edad

significativas en el caso de las más jóvenes, entre 16 y 24 años, las inmigrantes fueron el 2,8% vs. 1,9% de españolas ($\chi^2_{(1,469)} = 7.075$, $p = .008$, V de Cramer = .123); entre los 25 y 34 años hubo un 27,5% de españolas vs. 19,2% de inmigrantes ($\chi^2_{(1,469)} = 12.023$, $p = .001$, V de Cramer = .160) y entre los 35 y 40 años (30,9% de españolas vs. 9,4% de inmigrantes) respectivamente ($\chi^2_{(1,469)} = 13.653$, $p < .001$, V de Cramer = .171), siendo el tamaño del efecto muy débil en todas las edades. No hubo diferencias significativas entre las más mayores (41-46 años), el 6,6% fueron españolas vs. 1,7% de inmigrantes ($\chi^2_{(1,469)} = 33.021$, $p = .082$).

La media de semana que dan a luz las españolas fue 39,3 (DT = 1.8) siendo más tardías que las inmigrantes que fue en la semana 38,6 (DT = 2.72).

Según la primera hipótesis, en la que se encontrarían diferencias en las variables sociodemográficas entre españolas e inmigrantes, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque el tamaño del efecto mostró diferencia débil entre ambos grupos en nivel de empleo, pues hay menos mujeres en activo entre las inmigrantes que en españolas ($\chi^2_{(3,465)} = 11.372$, $p = .010$, V de Cramer = .156); en estado civil, son más las inmigrantes que no tienen pareja o viven sin ella que las españolas ($\chi^2_{(4,466)} = 17.722$, $p = .001$, V de Cramer = .195); son más primíparas las españolas (48,9%) vs. 35,7% de inmigrantes ($\chi^2_{(1,463)} = 7.200$, $p = .007$, V de Cramer = .125); también tienen menor nivel de estudios ($\chi^2_{(3,467)} = 70.293$, $p < .001$, V de Cramer = .388), siendo el tamaño del efecto medio. No se hallaron diferencias significativas en fumar ($\chi^2_{(1,264)} = 3.067$, $p = .080$), beber alcohol ($\chi^2_{(1,236)} = 1.046$, $p = .306$) y depresión previa ($\chi^2_{(1,458)} = 1.832$, $p = .176$). Las características sociodemográficas de las participantes se muestran en la tabla 10.

Tabla 10
Características sociodemográficas

	Españolas <i>n</i> = 314		Inmigrantes <i>n</i> = 155		<i>t</i>	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Edad	34,7	4.77	31,7	5.63	5.997**	
Edad Gestacional (semana de gestación al parto)	39,3	1.8	38,6	2.72	3.159**	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	<i>V de Cramer</i>
Situación laboral					11.372*	.156
Activas	250	80,1	103	67,3		
Desempleadas	15	4,8	18	11,8		
Amas de casa	46	14,7	31	20,3		
Incapacidad	1	0,3	1	0,7		
Nivel de estudios					70.293***	.388
Sin estudios	4	1,3	6	3,9		
Básicos	28	9	20	12,9		
Medios	74	23,7	89	57,4		
Universitarios	206	66	40	25,8		
Estado Civil					17.722**	.195
Casadas	163	52,1	67	43,8		
Sin pareja	34	10,9	38	24,8		
Vive en pareja	114	36,4	45	29,4		
Separada/divorciada	1	0,3	1	0,7		
Viuda	1	0,3	1	0,7		
Fuma					3.067	
Si	34	18	7	9,3		
No	155	82	68	90,7		
Bebe alcohol					1.046	
Si	5	3	4	5,8		
No	162	97	65	94,2		
Primípara					7.200**	.125
Si	151	48,9	55	35,7		
No	158	51,1	99	64,3		
Depresión previa					1.832	
Si	11	3,6	2	1,3		
No	297	96,4	148	98,7		

p* < .05 ** *p* < .01 **p* < .001

1.1.2. *Análisis de Factores Psicosociales*

Para probar la segunda hipótesis, en las que se plantea que habrá mayor porcentaje de mujeres inmigrantes que de españolas y habrá diferencias en los factores de riesgo psicosociales, se comprueba que, entre los factores de riesgo, estaban los siguientes: No tener pareja, 27,7% de las inmigrantes vs. 11,8% de las españolas ($\chi^2_{(1,469)} = 18.680$, $p < .001$, V de Cramer = .200); menor nivel de estudios, 16,8% las inmigrantes vs. 10,3% las españolas ($\chi^2_{(1,467)} = 4.044$, $p = .044$, V de Cramer = .093); en situación laboral, mayor número de inmigrantes sin trabajo 33,5% vs. 20,4% de españolas ($\chi^2_{(1,469)} = 9.663$, $p = .002$, V de Cramer = .144); tener la percepción de no tener apoyo de la pareja en el 13,4% de las inmigrantes y el 5,3% de las españolas ($\chi^2_{(1,451)} = 8.967$, $p = .003$, V de Cramer = .141); falta de apoyo de la familia 12,1% de las inmigrantes y 4,6% de las españolas ($\chi^2_{(1,454)} = 8.572$, $p = .003$, V de Cramer = .137) y en falta de apoyo de amistades 21,8% de las inmigrantes y 6% de las españolas ($\chi^2_{(1,449)} = 24.969$, $p < .001$, V de Cramer = .236). Por lo que se refiere a la satisfacción de la pareja, el 11,3% de las inmigrantes y el 4,1% de las españolas no se sentían satisfechas con su pareja ($\chi^2_{(1,436)} = 8.413$, $p = .004$, V de Cramer = .139); en la relación de pareja, el 11,3% de inmigrantes y el 5,7% de españolas dijeron no estar bien en su relación de pareja ($\chi^2_{(1,439)} = 4.384$, $p = .036$, V de Cramer = .100). Aunque los datos son significativos, el tamaño del efecto es débil en todos los factores. No hubo diferencias significativas en problemas de pareja ($\chi^2_{(1,438)} = .019$, $p = .890$).

En la tabla 11 se describen los posibles riesgos, a nivel sociodemográfico y psicosocial (PDPI-R), diferenciando los dos grupos (españolas e inmigrantes).

Tabla 11
Factores sociodemográficos y psicosociales (PDPI-R)

Factores psicosociales	Españolas		Inmigrantes		χ^2	V de Cramer
	n	%	n	%		
Pareja					18.680***	.200
Con pareja	277	88,2	112	72,3		
Sin pareja	37	11,8	43	27,7		
Estudios					4.044*	.093
Sin estudios / Básicos	32	10,3	26	16,8		
Medios / Superiores	280	89,7	129	83,2		
Situación laboral					9.663**	.144
Con trabajo	250	79,6	103	66,5		
Sin trabajo	64	20,4	52	33,5		
Apoyo de pareja					8.967**	.141
Apoyo de pareja	286	94,7	129	86,6		
Falta de apoyo pareja	16	5,3	20	13,4		
Apoyo familiar					8.572**	.137
Apoyo familiar	291	95,4	131	87,9		
Falta apoyo familia	14	4,6	18	12,1		
Apoyo amistad					24.969***	.236
Apoyo amistad	284	94	115	78,2		
Falta apoyo amistad	18	6	32	21,8		
Satisfacción pareja					8.413**	.139
Satisfacción pareja	283	95,9	125	88,7		
Falta satisfacción pareja	12	4,1	16	11,3		
Problemas pareja					0.19	
Sin problemas pareja	277	93,3	131	92,9		
Con problemas pareja	20	6,7	10	7,1		
Buena relación de pareja					4.384*	.100
SI	281	94,3	125	88,7		
NO	17	5,7	16	11,3		

*p < .05 **p < .01 ***p < .001

Se comprueba la tercera hipótesis en el caso de la falta de apoyo social. Hubo diferencias entre los grupos en falta de apoyo: falta de apoyo de pareja (falta de apoyo emocional) 13,4% de inmigrantes vs. 6,6% de españolas ($\chi^2_{(1,451)} = 5.709$, $p = .017$, V de Cramer = .113); falta de confianza 17,4% de inmigrantes vs. 12,8% de españolas ($\chi^2_{(1,449)} = 5.583$, $p = .018$, V de Cramer = .112); no contar con la pareja 9,5% de inmigrantes vs. 4% de españolas ($\chi^2_{(1,469)} = 5.447$, $p = .020$, V de Cramer = .110); no tener apoyo práctico 15,1% de inmigrantes vs. 7,6% de españolas ($\chi^2_{(1,448)} = 6.050$, $p = .014$, V de Cramer = .116). Respecto al apoyo familiar, hay falta de apoyo emocional en el 10,8% de inmigrantes y 4,9% de españolas ($\chi^2_{(1,453)} = 5.428$, $p = .020$, V de Cramer = .109); falta de confianza 8,1% de inmigrantes y 3,6% de españolas ($\chi^2_{(1,453)} = 4.081$, $p = .043$, V de Cramer = .095); no contar con la familia 10,1% inmigrantes vs. 3,3% españolas ($\chi^2_{(1,453)} = 8.809$, $p = .003$, V de Cramer = .139); y falta de apoyo práctico 21,8% de inmigrantes vs. 10,6% de españolas ($\chi^2_{(1,450)} = 10.191$, $p = .001$, V de Cramer = .150). A nivel de apoyo de las amistades, en falta de apoyo emocional 9,5% de inmigrantes y el 3,6% de españolas ($\chi^2_{(1,449)} = 6.505$, $p = .011$, V de Cramer = .120) en falta de confianza, el 18,6% de inmigrantes y el 3% de españolas ($\chi^2_{(1,445)} = 32.079$, $p < .001$, V de Cramer = .268); en no poder contar con las amistades 20,5% inmigrantes vs. 5% de españolas ($\chi^2_{(1,446)} = 26.170$, $p < .001$, V de Cramer = .242) y en falta de apoyo práctico 34,5% de inmigrantes vs. 18,1% de españolas ($\chi^2_{(1,441)} = 14.548$, $p < .001$, V de Cramer = .182).

En la tabla 12 se analizan los apoyos según origen.

Tabla 12
Falta de apoyos (PDPI-R) según origen

	Españolas		Inmigrantes		χ^2	V de Cramer
	n	%	n	%		
Falta apoyo pareja						
Emocional	20	6,6	20	13,4	5.709*	.113
Confianza	12	4	14	9,5	5.583*	.112
Contar con la pareja	12	4	14	9,5	5.447*	.110
Apoyo práctico	23	7,6	22	15,1	6.050*	.116
Falta apoyo familia						
Emocional	15	4,9	16	10,8	5.428*	.109
Confianza	11	3,6	12	8,1	4.081*	.095
Contar con la familia	10	3,3	15	10,1	8.809**	.139
Apoyo práctico	32	10,6	32	21,8	10.191**	.150
Falta apoyo amistad						
Emocional	11	3,6	14	9,5	6.505*	.120
Confianza	9	3	27	18,6	32.079***	.268
Contar con las amistades	15	5	30	20,5	26.170***	.242
Apoyo práctico	54	18,1	49	34,5	14.548***	.182

*p < .05 **p < .01 *** p < .001

1.1.3. Síntomas de Depresión

El objetivo principal de la presente investigación consistió en determinar la prevalencia de la depresión durante el embarazo y conocer las variables asociadas a la misma en una muestra de mujeres españolas. Por ello, se analizaron los síntomas de depresión para comprobar si se cumplía la cuarta hipótesis, que plantea que, la tasa de prevalencia estará dentro de los

márgenes obtenidos en otros países con características similares (socioeconómicas, culturales, etc.). Los resultados hallados indican que el 18,3% de mujeres tenían síntomas de depresión, siendo un 23,2% de inmigrantes y un 15,9% de españolas (tabla 13).

Tabla 13
Diferencias en síntomas de depresión

PHQ-9	Españolas		Inmigrantes		χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
					3.695
NO	264	84,1	118	76,8	
SI	50	15,9	37	23,2	

En la quinta hipótesis, se espera diferencia entre los dos grupos y que los síntomas de depresión prenatal tengan mayor gravedad entre las mujeres inmigrantes, porque la inmigración suele ser un factor de riesgo en sí mismo. Al examinar la gravedad de los síntomas de depresión utilizando los diversos puntos de corte del PHQ-9, hubo diferencias entre los grupos en síntomas moderadamente severos, el 5,8% de inmigrantes y el 1,6% de españolas ($\chi^2_{(1,469)} = 6.364$, $p = .012$, V de Cramer = .116) y en síntomas severos hubo un 3,2% de inmigrantes y ninguna española ($\chi^2_{(1,469)} = 8.572$, $p = .003$, V de Cramer = .137). No hubo diferencias en síntomas depresivos mínimos ($\chi^2_{(1,469)} = 3.695$, $p = .055$) ni en síntomas depresivos moderados ($\chi^2_{(1,469)} = 0.22$, $p = .833$), (tabla 14).

Tabla 14

Severidad de los síntomas de depresión

Severidad PHQ-9	Españolas		Inmigrantes		<i>t</i>	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
	0.18	0.42	0.35	0.72	-3.042**	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	<i>V de Cramer</i>
Síntomas depresivos mínimos <10	264	84,1	119	76,8	3.695	
Síntomas depresivos moderados (10–14)	45	14,3	23	14,8	0.22	
Síntomas moderadamente severos (15–19)	5	1,6	9	5,8	6.364*	.116
Síntomas depresión severa ≥ 20	0		5	3,2	10.238**	.148

*p < .05 **p < .01

Analizando la depresión según la edad, vemos en la tabla 15 que, el porcentaje de mujeres inmigrantes con depresión, fue mayor en todas las franjas de edad ($\chi^2_{(3,468)} = 10.148$, p = .017, V de Cramer = .145).

Tabla 15

Diferencias en síntomas de depresión y edad

PHQ-9	Españolas		Inmigrantes		χ^2	<i>V de Cramer</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
					10.148*	.145
Entre 16 y 24 años	3	1	5	3,6		
Entre 25 y 34 años	20	6,7	14	10,1		
Entre 35 y 40 años	19	6,4	10	7,1		
Entre 41 y 46 años	6	2	4	2,1		

*p < .05

1.1.4. *Síntomas de Depresión y Factores Psicosociales*

Para comprobar si se cumplía la sexta hipótesis, donde se esperaba que, en factores de riesgos psicosociales las mujeres inmigrantes percibirían peor red de apoyo social, así como insatisfacción o problemas en la pareja y síntomas depresivos, se analizó el PHQ-9 con las variables psicosociales.

Hubo diferencias entre los grupos en síntomas de depresión y los factores psicosociales siguientes: No tener pareja, 9,3% de inmigrantes vs. 2,3% de españolas ($\chi^2_{(3,437)} = 17.450$, $p = .001$, V de Cramer = .200); menor nivel de estudios 17,9% de inmigrantes vs. 13,1% de españolas ($\chi^2_{(3,436)} = 16.306$, $p = .001$, V de Cramer = .193); en no tener trabajo 12,2% de inmigrantes vs. 5% de españolas ($\chi^2_{(3,437)} = 18.886$, $p < .001$, V de Cramer = .208); en depresión anterior 1,3% de españolas vs. 0,7 de inmigrantes ($\chi^2_{(3,429)} = 28.054$, $p < .001$, V de Cramer = .256); tener la percepción de no tener apoyo de la pareja en el 5,9% de inmigrantes vs. 1% de las españolas ($\chi^2_{(3,426)} = 13.909$, $p = .003$, V de Cramer = .111); falta de apoyo de la familia 7,3% de inmigrantes y 1,7% de españolas ($\chi^2_{(3,429)} = 49.150$, $p < .001$, V de Cramer = .338) y en falta de apoyo de amistades 10,4% de inmigrantes y 1,7% de españolas ($\chi^2_{(3,424)} = 17.631$, $p = .001$, V de Cramer = .204). Con referencia a la satisfacción de la pareja, el 5,5% de inmigrantes y el 0,8% de españolas no se sentían satisfechas con su pareja ($\chi^2_{(3,412)} = 8.936$, $p = .030$, V de Cramer = .147). Aunque los datos son significativos, el tamaño del efecto es débil en todos los factores. No hubo diferencias significativas en primeriza 8,5% de españolas vs. 5% de inmigrantes ($\chi^2_{(3,433)} = 1.262$, $p = .738$); problemas de pareja, 2,4% de inmigrantes vs. 1,5% de españolas ($\chi^2_{(3,414)} = 4.861$, $p = .182$) y en la relación de pareja, el 5,5% de inmigrantes

y el 1% de españolas dijeron no estar bien en su relación de pareja ($\chi^2_{(3,412)} = 6.871, p = .061$), resultados en tabla 16.

Tabla 16

PHQ-9 y factores sociodemográficos y psicosociales (PDPI-R)

PHQ-9		Españolas		Inmigrantes		χ^2	V de Cramer
		n	%	n	%		
Pareja	Con pareja	41	13,8	19	13,7	17.450**	.200
	Sin pareja	7	2,3	13	9,3		
Estudios	Sin estudios/ Básicos	39	13,1	25	17,9	16.306**	.193
	Medios/ Superiores	9	3,1	7	5		
Situación laboral	Con trabajo	33	11	15	9,7	18.886***	.208
	Sin trabajo	11	5	17	12,2		
Depresión anterior		4	1,3	1	0,7	28.054**	.256
Primípara		25	8,5	7	5	1.262	
Falta de apoyo pareja		3	1	8	5,9	13.909**	.181
Falta apoyo familia		5	1,7	10	7,3	49.150***	.338
Falta de apoyo amistad		5	1,7	14	10,4	17.631**	.204
Insatisfacción pareja		2	0,8	7	5,5	8.936*	.147
Problemas pareja		4	1,5	3	2,4	4.861	
No va bien la relación de pareja		3	1	7	5,5	6.871	

*p < .05 **p < .01 ***p < .001

1.1.5. *Síntomas de Depresión y Apoyos Sociales*

Para comprobar la séptima hipótesis, donde se esperaba que, con síntomas de depresión, sería mayor el porcentaje de las inmigrantes que perciben la falta de apoyos, existiendo diferencias entre los grupos, en todos los tipos de apoyo, se analizaron los tipos de apoyo con el PHQ-9. Los datos indican que, hubo diferencias entre los grupos cuando se analizaron junto a los síntomas de depresión, en falta de apoyo: *apoyo de pareja*, falta de apoyo emocional 5,9% de inmigrantes vs. 2% de españolas ($\chi^2_{(3,426)} = 17.534$, $p = .001$, V de Cramer = .203); falta de confianza en la pareja 4,5% de inmigrantes vs. 0,7% de españolas ($\chi^2_{(3,424)} = 18.217$, $p < .001$, V de Cramer = .207); no contar con la pareja 4,5% de inmigrantes vs. 0,3% de españolas ($\chi^2_{(3,424)} = 15.322$, $p = .002$, V de Cramer = .190); no tener apoyo práctico de la pareja 6,1% de inmigrantes vs. 1,3% de españolas ($\chi^2_{(3,423)} = 9.147$, $p = .027$, V de Cramer = .147). En *apoyo de familia*, falta de apoyo emocional 6,6% de inmigrantes y 2% de españolas ($\chi^2_{(1,429)} = 46.793$, $p < .001$, V de Cramer = .330); falta de confianza 3,7% de inmigrantes y 1,3% de españolas ($\chi^2_{(3,428)} = 15.598$, $p = .001$, V de Cramer = .191); no contar con la familia 5,1% inmigrantes vs. 1% españolas ($\chi^2_{(31,428)} = 23.908$, $p < .001$, V de Cramer = .236) y falta de apoyo práctico 9,6% de inmigrantes vs. 3,4% de españolas ($\chi^2_{(1,450)} = 29.083$, $p < .001$, V de Cramer = .262). Y en *apoyo de las amistades*: falta de confianza, el 10,5% de inmigrantes y el 0,7% de españolas ($\chi^2_{(3,421)} = 26.677$, $p < .001$, V de Cramer = .252); en no poder contar con las amistades 10,4% inmigrantes vs. 1,3% de inmigrantes ($\chi^2_{(3,422)} = 17.853$, $p < .001$, V de Cramer = .206) y en falta de apoyo práctico 14,3% de inmigrantes vs. 4,1% de españolas ($\chi^2_{(3,418)} = 17.618$, $p = .001$, V de Cramer = .205).

No es significativo falta apoyo emocional 2,2% de inmigrantes y 0,6% de españolas ($\chi^2_{(3,424)} = 4.768, p = .190$), (tabla 17).

Tabla 17

PHQ-9 y falta de apoyos (PDPI-R) según origen

PHQ-9	Españolas		Inmigrantes		χ^2	V de Cramer
	n	%	n	%		
Falta de apoyo pareja						
Emocional	6	2	8	5,9	17.534**	.203
Confianza	2	0,7	6	4,5	18.217***	.207
Contar con la pareja	2	0,3	6	4,5	15.322**	.190
Apoyo práctico	4	1,3	8	6,1	9.147*	.147
Falta apoyo familia						
Emocional	6	2	9	6,6	46.793***	.330
Confianza	4	1,3	5	3,7	15.598**	.191
Contar con la familia	4	1	7	5,1	23.908***	.236
Apoyo práctico	10	3,4	13	9,6	29.083***	.262
Falta de apoyo amistad						
Emocional	2	0,6	3	2,2	4.768	
Confianza	2	0,7	14	10,5	26.677***	.252
Contar con las amistades	4	1,3	14	10,4	17.853***	.206
Apoyo práctico	12	4,1	19	14,3	17.618**	.205

*p < .05 **p < .01 *** p < .001

1.1.6. Variables Obstétricas

Para verificar la octava hipótesis en la que se esperaban diferencias obstétricas entre los grupos y un mayor porcentaje de inmigrantes con problemas obstétricos, se analizaron las

variables obstétricas: complicaciones obstétricas, partos distócicos, cesáreas, bebés prematuros y de bajo peso (tablas 18, 19, 20, 21, 22 y 23 respectivamente).

Tabla 18
Descriptivos complicaciones embarazo

Descriptivo complicaciones	Españolas		Inmigrantes		χ^2	V de Cramer
	n	%	n	%		
Sin complicaciones	237	50,5	117	24,9	.00	
Alto riesgo obstétrico	13	3,5	2	0,5	2.561	
CIR TIPO I	6	1,7	1	0,3	1.099	
CIR TIPO II	1	0,3	0		.493	
HTA alta	1	0,3	2	0,6	1.513	
Preeclampsia leve	0		2	0,6	4.006*	.106
Preeclampsia grave	2	0,6	2	0,6	.512	
Sospecha amenaza de parto pretérmino	3	0,8	1	0,3	.116	
Placenta previa	0		3	0,8	5.975*	.129
Acortamiento cervical con pesario	4	1,1	2	0,6	.000	
Acortamiento cervical sin pesario	1	0,3	0		.493	
Alto riesgo cardiológico fetal	1	0,3	0		.493	
Infecciones vaginales o urinarias	2	0,6	1	0,3	.000	
Escaso control obstétrico	1	0,3	3	0,8	3.123	
Feto pequeño para edad gestacional	1	0,3	1	0,3	.258	
Sospecha feto macrosómico	1	0,3	1	0,3	.258	
Trombocitopenia	13	3,5	1	0,3	4.150*	.106

Alto riesgo Down	2	0,6	0		.985
Sífilis	0		1	0,8	2.014
Abortos de repetición e hipertransaminasas	1	0,3	0		.493
Preeclamsia grave y CIR	0		2	0,6	4.006* .106

*p < .05

Del total de la muestra, el 16,4% de españolas y el 8,1% de inmigrantes tuvieron complicaciones obstétricas. Se hallaron diferencias significativas en las inmigrantes, en PE leve ($\chi^2_{(1,356)} = 4.006$, p = .045, V de Cramer = .106), placenta previa ($\chi^2_{(1,357)} = 5.975$, p = .015, V de Cramer = .129, p = .015) y PE grave y CIR ($\chi^2_{(1,356)} = 4.006$, p = .045, V de Cramer = .106). Hubo diferencias en las españolas en trombocitopenia ($\chi^2_{(1,368)} = 4.150$, p = .042, V de Cramer = .106) siendo en ambos grupos muy débil el tamaño del efecto.

También se realizaron análisis sobre complicaciones obstétricas y síntomas de depresión. Tuvieron complicaciones obstétricas el 4,7% de españolas síntomas de depresión moderada. En cuanto a las inmigrantes, de las que tuvieron complicaciones, el 1,4% tuvieron síntomas moderados, 2,9% síntomas moderadamente severos y 2,2% síntomas severos. Los análisis muestran que fueron significativas las siguientes variables obstétricas: 0,9% de inmigrantes tuvieron PE leve y síntomas moderadamente severos, no habiendo ninguna española ($\chi^2_{(3,332)} = 15.298$, p = .002, V de Cramer = .215); placenta previa 0,9% de inmigrantes con síntomas severos y ninguna española ($\chi^2_{(3,332)} = 82.100$, p < .001, V de Cramer = .497); escaso control obstétrico 0,9% de inmigrantes con síntomas moderadamente severos y ninguna española ($\chi^2_{(3,333)} = 9.803$, p = .020, V de Cramer = .172) y sífilis 0,9% de inmigrantes con síntomas severos y ninguna española ($\chi^2_{(3,331)} = 164.998$, p < .001, V de Cramer = .706).

En parto distócico, del total de la muestra, tuvieron parto distócico el 31,3% de españolas vs. 15,6% de inmigrantes.

De los problemas a la hora del parto vemos que, de los datos significativos, 8% de inmigrantes y el 7,7% de españolas tuvieron sospecha de pérdida de bienestar fetal ($\chi^2_{(1,286)} = 5.833$, $p = .016$, V de Cramer = .143); sangrado genital 1,2% de inmigrantes ninguna española ($\chi^2_{(1,244)} = 6.112$, $p = .013$, V de Cramer = .158).

Tabla 19
Descriptivo parto distócico

Descriptivo parto distócico	Españolas		Inmigrantes		χ^2	V de Cramer
	n	%	n	%		
Rotura de bolsa	17	6,4	6	2,3	.381	
Presentación podálica	2	0,8	0		.953	
Hipotonía uterina	2	0,8	0		9.53	
Sospecha pérdida bienestar fetal	22	7,7	23	8	5.833*	.143
Registro cardiotocográfico poco tranquilizador	1	0,4	3	1,2	3.232	
Instrumental, pérdida de bienestar fetal, registro cardiotocográfico poco tranquilizador	8	3,2	4	1,6	.005	
No movimientos fetales	1	0,4	0		478	
No progresión del parto	12	4,6	7	2,7	.160	
Bradycardia	4	1,6	1	0,4	.344	
Meconio	3	1,2	0		1.427	
Bradycardia fetal, meconio, pérdida de bienestar fetal	2	0,8	1	0,4	.001	
Sangrado genital	0		3	1,2	6.112*	.158
Inducción por no progresión al parto	4	1,6	1	0,4	.344	

Cesárea por fracaso de inducción	10	3,9	5	2	.006
Desproporción pélvico cefálica	16	6,2	2	0,8	3.544
Instrumental por alivio de expulsión	22	8	12	4,4	.116
Cronológicamente prolongado	15	5,8	4	1,5	1.044
Cesárea por falta de dilatación	3	1,2	0		1.427
Patología del cordón umbilical	1	0,4	1	0,4	.281
Placenta previa	3	1,2	2	0,8	.130
Muerte del bebé	2	0,8	1	0,4	.001

*p < 05

En relación a los síntomas de depresión y parto distócico, el 7% de españolas tuvieron síntomas moderados y el 1% síntomas moderadamente severos. De las inmigrantes con parto distócico, el 5% tuvieron síntomas moderados y el 2,9% síntomas moderadamente severos. No hubo datos significativos.

De las mujeres que tuvieron parto vaginal, fueron el 49,1% españolas vs. 23,5% inmigrantes. Analizando si es parto instrumental o con cesárea, vemos que, al 10,2% de españolas vs. 5% de inmigrantes se les realizó un parto instrumental, siendo cesárea a 16,2% españolas vs. 7,9% de inmigrantes. Se realizaron de urgencia 20% de esas cesáreas a madres españolas mientras que fueron 18,7% a madres inmigrantes.

Tabla 20
Motivo de la cesárea

Motivo de la cesárea	Españolas		Inmigrantes		χ^2
	n	%	n	%	
Desproporción pélvico cefálica	12	3,2	2	0,5	2.187
Presentación podálica	3	0,8	0		1.481
Polihidramnios, situación transversa, hipotonía uterina y alto riesgo de Down	1	0,3	0		.495
No progresión del parto	13	3,5	6	1,6	.020
Pérdida de bienestar fetal	22	7,7	23	5,8	3.259
Fracaso de inducción	7	1,9	3	0,8	.044
Solicitado por la paciente	2	0,6	1	0,3	.000
Placenta previa	4	1,1	2	0,6	.000
Desprendimiento de placenta	5	1,4	1	0,3	0.726
Iterativa	1	0,3	2	0,6	1.502
Iterativa con ligadura tubárica	1	0,3	3	0,8	3.105
De nalgas	2	0,6	0		0.989
Registro cardiotocográfico poco tranquilizador, bradicardia fetal mantenida, pérdida bienestar fetal	1	0,3	1	0,3	0.255
Extracción dificultosa del feto, plica vesico-uterina muy ascendida, cubre histerectomía previa, precisa disección con torunda	1	0,3	0		.495
Cesárea urgente por profilaxis AHBPM (anticoagulante en el embarazo)	1	0,3	0		.495
CIR tipo II	1	0,3	0		.495
Interés materno fetal	1	0,3	1	0,3	.255
Programada	2	0,6	0		.989
Gestación gemelar (biamniótica bicorial, cesárea programada por presentación podálica-cefálica)	1	0,3	0		.495
Rotura prematura de membranas pretérmino, tocolisis con Atosiban	1	0,3	0		.495

Placenta previa, situación transversa	0		1	0,3	2.006
Patología fetal	1	0,3	0		.495
Por riesgo primer bebé y feticidio 2º feto, desproporción pélvico cefálica, rotura prematura de membranas a término	1	0,3	0		.495
Desproporción pélvico cefálica, rotura prematura de membranas a término	1	0,3	0		.495
Preeclampsia grave, niño macrosómico	0		1	0,3	2.006
Metrorragia, anemia materna, sospecha desprendimiento de placenta y mal posición fetal	1	0,3	0		.495

Analizando las cesáreas realizadas a las embarazadas y síntomas de depresión, hubo 2% de cesáreas realizadas a españolas que tenían síntomas moderados y 0,7% síntomas moderadamente severos. A las inmigrantes se les realizaron 4,3% de cesáreas a mujeres con síntomas moderados, 1,4% con síntomas moderadamente severos y 0,7% con síntomas severos.

Sólo hubo diferencias significativas en problemas en registro cardiotocográfico poco tranquilizador, donde sólo el 0,9% de las inmigrantes tuvo problemas, no hubo ninguna española ($\chi^2_{(3,336)} = 15.510$, $p = .001$, V de Cramer = .215); y en situación transversa con placenta previa 0,9% de inmigrantes y ninguna española ($\chi^2_{(3,335)} = 82.998$, $p < .001$, V de Cramer = .498) indicando el tamaño del efecto que hubo una relación media en esta variable.

En lo que respecta a los recién nacidos, cuatrocientas cincuenta y siete embarazadas tuvieron una gestación única, 97,4% de inmigrantes y 97,1% de españolas. Hubo 12 gestaciones múltiples, 2,9% de españolas y 2,6% de inmigrantes (tabla 21).

Tabla 21
Semana de gestación

Semana de gestación	Españolas		Inmigrantes		χ^2	V de Cramer
	n	%	n	%		
Prematuro extremo (20 - 28 semanas)	0		3	2	5.526*	.124
Muy prematuro (28 - 32 semanas)	0		2	1,3	3.703	
Prematuro moderado (32 - 37 semanas)	29	9,5	16	10,5	.009	
A término (37 - 41 semanas)	232	75,8	124	81,6	2.122	
Postérmino (41 - 42 semanas)	45	14,7	7	4,6	9.505**	.153

*p < .05 ** p < .01

En prematuridad, 2% de inmigrantes y ninguna española, tienen bebés prematuros extremos ($\chi^2_{(1,359)} = 5.526$, p = .019, V de Cramer = .124); 14,7% de españolas y 4,6% de inmigrantes, tienen bebés postérmino ($\chi^2_{(1,408)} = 9.505$, p = .002, V de Cramer = .151) siendo el tamaño del efecto muy débil. No es significativo el parto a término, el 81,6% de las inmigrantes y el 75,8% de las españolas tienen bebés a término ($\chi^2_{(1,469)} = 2.122$, p = .145); muy prematuros 1,3% de inmigrantes y ninguna española ($\chi^2_{(1,458)} = 3.703$, p = .054) y prematuro moderado 10,5% de inmigrantes vs. 9,5 de españolas ($\chi^2_{(1,458)} = .009$, p = .924).

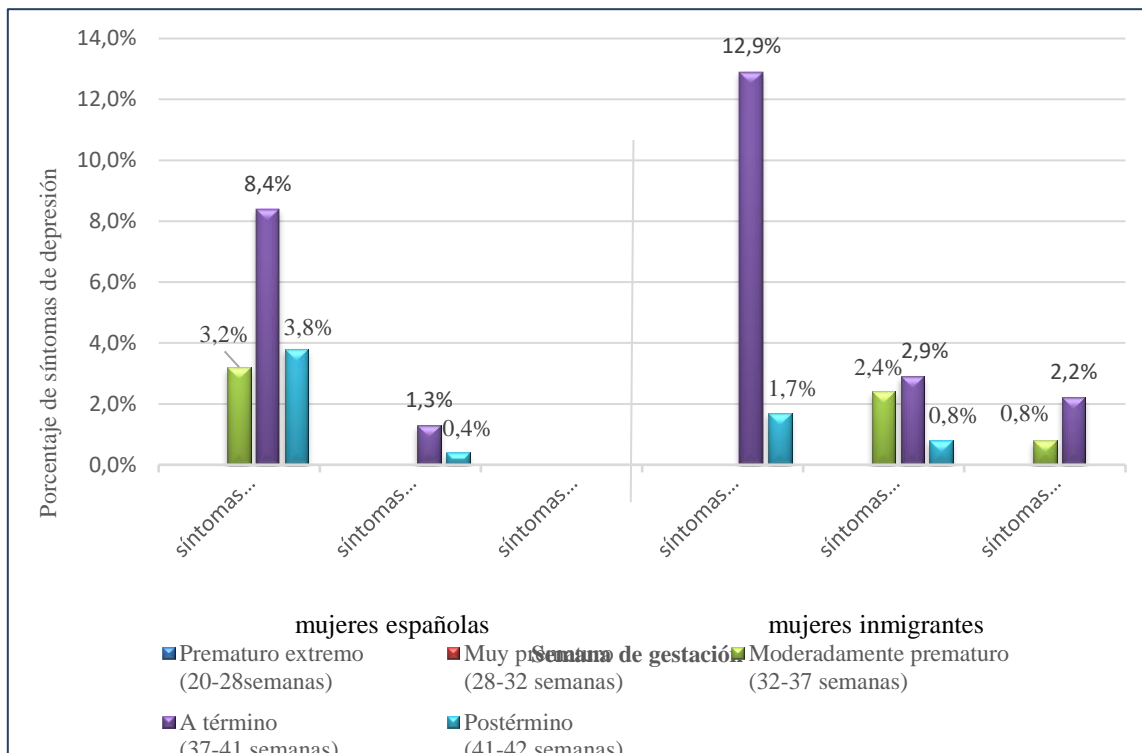
En el caso de la edad gestacional y los síntomas de depresión, la muestra estuvo compuesta por 458 mujeres, siendo el porcentaje mayor entre las mujeres inmigrantes (desde la semana 32 a la 41), no se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en función de la edad gestacional y los síntomas de depresión (tabla 22).

Tabla 22
Semana de gestación y PHQ-9

Semana de gestación	Españolas		Inmigrantes		χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Prematuro extremo (20 - 28 semanas)	0		0	0	
Muy prematuro (28 - 32 semanas)	0		0	0	
Prematuro moderado (32 – 37 semanas)	8	3,2	4	3,2	6.621
A término (37 - 41 semanas)	29	9,7	25	18	4.736
Postérmino (41 – 42 semanas)	11	4,2	3	2,5	5.378

En relación a los síntomas depresivos, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en prematuridad. Analizando por severidad de los síntomas, vemos que, de las madres que tuvieron bebés moderadamente prematuros, el 3,2% de españolas tuvieron síntomas moderados vs. 2,4% de inmigrantes tuvieron síntomas moderadamente severos y 0,8% síntomas severos; de las que tuvieron bebés a término, el 8,4% de españolas tuvieron síntomas moderados y el 1,3% síntomas moderadamente severos, las inmigrantes con bebés a término, el 12,9% tuvieron síntomas moderados, el 2,9% tuvieron síntomas moderadamente severos y 2,2% síntomas severos. De las mujeres que tuvieron bebés postérmino, el 3,8% de españolas tuvieron síntomas moderados y el 0,4% síntomas moderadamente severos; el 1,7% de inmigrantes tuvieron síntomas moderados y el 0,8% síntomas moderadamente severos (Gráfico 5).

Gráfico 5
Semana de gestación y síntomas de depresión



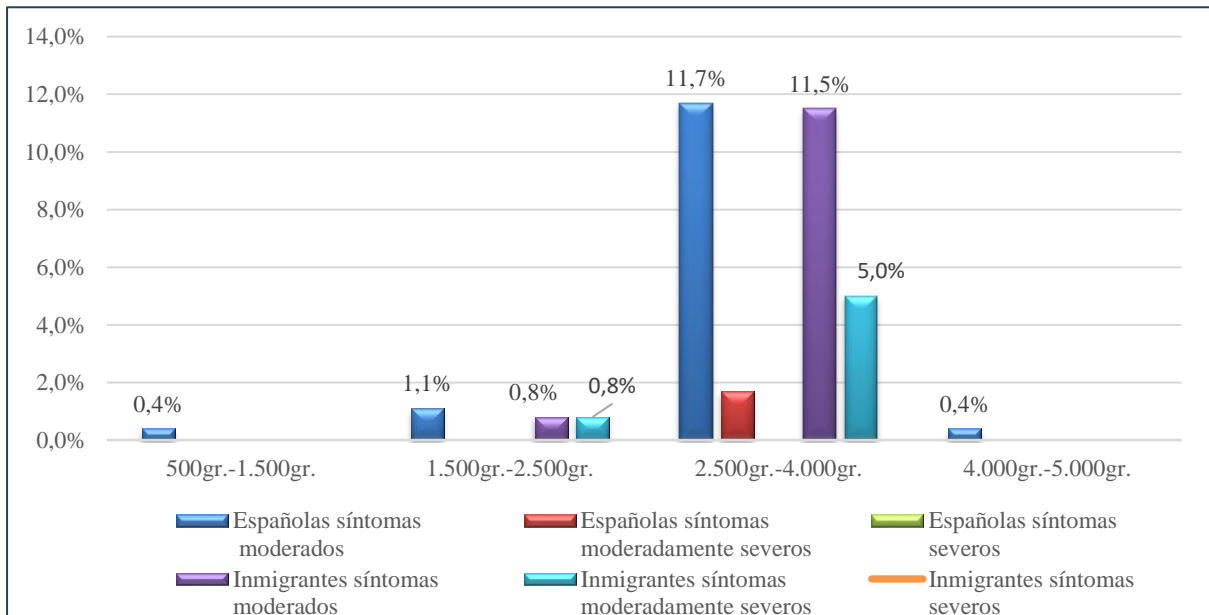
Se analizó también el peso de los bebés al momento del parto, sin encontrarse diferencias significativas (tabla 23)

Tabla 23
Peso del recién nacido

Peso del recién nacido	Españolas		Inmigrantes		χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
500gr.-1.500gr.	2	0,7	3	2,3	1.708
1.500gr.-2.500gr.	25	8,6	11	8	.051
2.500gr.-4.000gr.	265	84,4	127	81,9	.457
4.000gr.-5.000gr.	9	3,3	3	2,3	.292

Respecto al peso y los síntomas de depresión, vemos que el 11,7% de madres españolas que tuvieron bebés en peso normal (2.500gr-4.000gr.) tuvieron síntomas moderados y 1,7% síntomas moderadamente severos vs. 11,5% de inmigrantes con síntomas moderados, 5% síntomas moderadamente severos y 2,9% síntomas severos. En el caso del bajo peso extremo (500gr.-1500gr.) 0,4% de españolas tuvo síntomas moderados no habiendo ninguna inmigrante. En bajo peso (1.500gr.- 2.500gr.) 1,1% de españolas tenían síntomas moderados, siendo el 0,8 de inmigrantes tanto con síntomas moderados como síntomas moderadamente severos. En niño macrosómico (4.000gr.-5.000gr.) 0,4% de españolas tuvo síntomas moderados no habiendo ninguna inmigrante (Gráfico 6).

Gráfico 6
Peso del recién nacido y síntomas de depresión embarazadas



2. ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CON RESPECTO A LAS FUMADORAS Y NO FUMADORAS

A continuación, se presentan los datos que dieron como resultado un artículo de investigación. Este artículo, a la presentación de la tesis, está en proceso de revisión en una revista.

DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PSICOSOCIALES PSICOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS ENTRE GESTANTES FUMADORAS Y NO FUMADORAS: ESTUDIO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO

2.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN EL EMBARAZO DE MUJERES FUMADORAS Y NO FUMADORAS

A continuación, se describen los análisis realizados de las mujeres embarazadas fumadoras y no fumadoras para comprobar si se cumplen o no las hipótesis planteadas.

2.1.1 Análisis Sociodemográficos de la Muestra

De las 469 mujeres del estudio, el 8,7% (41) mujeres afirmaron fumar, el 47,5% (223) se definieron como no fumadoras, el 43,7% (205) mujeres no contestaron a la pregunta, por lo que la muestra total para este estudio estuvo compuesta por 264 mujeres. De estas mujeres, el 12,9% de las fumadoras fueron españolas y el 5,1% inmigrantes.

Se analizó la edad de las fumadoras y no fumadoras (n = 264) dividiéndolo en 4 grupos, para ver si se cumplía la primera hipótesis donde se esperaba que el porcentaje de mujeres

fumadoras sería más alto en las gestantes más jóvenes, pero las mujeres entre 35 y 40 años, fueron las que más fumaban (tabla 24). No hay datos significativos.

Tabla 24
Diferencias edad entre fumadoras y no fumadoras

	Fumadoras		No fumadoras		χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Entre 16 y 24 años	3	7,3	11	4,9	.392
Entre 25 y 34	15	36,6	93	41,7	.375
Entre 35 y 40	18	43,9	95	42,6	.024
Entre 41 y 46	5	12,2	24	10,8	.073

Dado que se ha relacionado tener un menor nivel educativo, no tener trabajo, no tener pareja o no convivir con ella, con las mujeres fumadoras, según la segunda hipótesis, se espera mayor porcentaje de mujeres fumadoras en no tener pareja, falta de trabajo, estudios inferiores y tener mayor consumo de alcohol.

La edad media de las fumadoras es de 33,9 mientras que de las no fumadoras es de 34,3. Según la media, las madres fumadoras dan a luz en la semana 39 y las no fumadoras en la semana 39,1. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque el tamaño del efecto mostró que la diferencia fue débil entre los dos grupos en el nivel de estudios, dentro del grupo de las fumadoras con nivel medio de estudios fueron el 34,1% y de estudios básicos el 26,8 ($\chi^2_{(3,263)} = 12.579$, $p = .006$, V de Cramer = .219) teniendo más nivel de estudios las no fumadoras; bebe alcohol el 17,4% de fumadoras vs. 2,4% de las no fumadoras ($\chi^2_{(1,235)} = 12.731$, $p < .001$, V de Cramer = .233); el 61% de las madres que fumaban fueron primíparas ($\chi^2_{(3,261)} = 4.405$, $p = .036$, V de Cramer = .130) el 10% de las fumadoras habían tenido depresión anterior al embarazo ($\chi^2_{(1,261)} = 7.646$, $p = .006$, V de Cramer = .171). No se encuentran

diferencias significativas en situación laboral ($\chi^2_{(3,262)} = 2.321, p = .509$) aunque había un 12,2% de desempleadas entre las mujeres fumadoras; el 34,1% de las fumadoras estaban casadas, el 43,9% vivían en pareja y el 22% estaban solteras ($\chi^2_{(3,262)} = 5.810, p = .121$) siendo mayor el porcentaje de las que tenían pareja que las que no. En la tabla 25 se describe las características sociodemográficas (fumadoras y no fumadoras).

Tabla 25
Características sociodemográficas

	Fumadoras		No fumadoras		<i>t</i>	
	<i>n</i> = 41	8,7%	<i>n</i> = 223	47,5%		
	Media	DT	Media	DT		
Edad	33,9	6,10	34,3	5,24	.403	
Edad gestacional (semana de gestación al parto)	39	2,15	39,1	2,47	.039	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	<i>V de Cramer</i>
Situación laboral					2.321	
Activas	30	73,2	172	77,8		
Desempleadas	5	12,2	13	5,9		
Amas de casa	6	14,6	35	15,8		
Incapacidad	0		1	0,5		
Nivel de estudio					12.579**	.219
Sin estudios	0		4	1,8		
Básicos	11	26,8	20	9		
Medios	14	34,1	68	30,6		
Universitarios	16	39	130	58,6		
Estado civil					5.810	
Casadas	14	34,1	118	53,4		
Solteras	9	22	35	15,8		
Vive con el compañero	18	43,9	66	29,9		
Viuda	0		0			
Separada//divorciada	0		2	0,9		

Bebe alcohol					12.731***	.233
Si	4	17,4	5	2,4		
No	19	82,6	207	97,6		
Primíparas					4.405*	.130
Si	25	61	95	43,2		
No	16	39	125	56,8		
Depresión anterior					7.646**	.171
Si	4	10	4	1,8		
No	36	90	217	98,2		

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

2.1.2 *Análisis de Factores Psicosociales*

Para verificar la tercera hipótesis, respecto al tipo de apoyo entre fumadoras y no fumadoras, no hay datos significativos, aunque es mayor el número de mujeres fumadoras que sintieron no tener apoyo en: apoyo emocional de la familia 7,7 % de fumadoras vs.7,2% no fumadoras; apoyo práctico familia 15,4% fumadoras vs. 15% no fumadoras y contar con las amistades 10,3% fumadoras vs. 8,8% no fumadoras (tabla 26).

Tabla 26
Diferencias en apoyos (PDPI_R) entre fumadoras y no fumadoras

	Fumadoras		No fumadoras		χ^2
	n	%	n	%	
Falta de apoyo pareja					
Emocional	2	5,4	22	9,9	.765
Confianza	0		12	5,5	2.117
Contar con la pareja	0		13	5,9	2.230
Apoyo práctico	1	2,7	24	10,9	2.410

Falta apoyo familia

Emocional	3	7,7	16	7,2	.013
Confianza	1	2,6	11	5	.432
Contar con la familia	2	5,1	13	5,9	.032
Apoyo práctico	6	15,4	33	15	.004

Falta de apoyo amistad

Emocional	1	2,6	9	4,1	.208
Confianza	2	5,1	13	6	.047
Contar con las amistades	4	10,3	19	8,8	.091
Apoyo práctico	9	23,7	56	25,9	.085

Relación con la pareja

Insatisfacción pareja	1	2,9	12	5,6	.453
Problemas pareja	1	2,7	15	7	.970
No se encuentran bien en pareja	1	2,6	17	7,9	1.347

2.1.3 Análisis Síntomas de Depresión

Dado que el tabaquismo suele ser un factor de riesgo per se, se espera que los síntomas depresivos tengan mayor incidencia entre las fumadoras que en las no fumadoras, por lo que se analizan los datos para ver si se cumple la cuarta hipótesis.

El 20,8% de mujeres que tenían depresión no fumaban vs. 5,4% que sí fumaban. En la tabla 28 se relaciona la prevalencia de los factores de riesgo en las mujeres que tenían puntuación >10 en el PHQ-9. Al examinar la gravedad de los síntomas de depresión, no hubo diferencias significativas en síntomas depresivos entre fumadoras y no fumadoras. Sí se detectó

que, entre las mujeres fumadoras con síntomas depresivos, hubo un 24,4% de mujeres que tenían síntomas moderados y 4,9% síntomas moderadamente severos (tabla 27).

Tabla 27

Diferencias en gravedad de los síntomas entre fumadoras y no fumadoras

Severidad PHQ-9	Fumadoras		No fumadoras		t
	M	DT	M	DT	
	.35	.588	.31	.607	.358
	n	%	n	%	χ^2
Sin síntomas de depresión < 10	29	70,7	169	75,8	.472
Síntomas depresivos moderados (10 - 14)	10	24,4	42	18,8	.676
Síntomas moderadamente severos (15 - 19)	2	4,9	10	4,5	.012
Síntomas severos ≥ 20	0		3	1,3	.558

Se analizó las diferencias entre mujeres fumadoras y no fumadoras considerando la edad y los síntomas de depresión (n = 248), 211 no fumadoras y 37 fumadoras, para comprobar si se cumplía la quinta hipótesis en las que se esperaba mayor porcentaje de fumadoras entre las más jóvenes o más mayores. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos, pero el porcentaje de mujeres fumadoras con síntomas de depresión es más alto en todos los grupos, menos en 16 a 24 años (tabla 28).

Tabla 28

Diferencias en síntomas de depresión y edad

PHQ-9	Fumadoras		No fumadoras		χ^2
	n	%	n	%	
Entre 16 y 24 años	0		6	2,3	4.898
Entre 25 y 34 años	5	13,5	19	9	1.592
Entre 35 y 40 años	4	10,8	20	9,5	.525
Entre 41 y 46 años	2	5,4	7	3,3	5.953

Se comparó el PHQ-9 con las distintas variables sociodemográficas para ver si se cumplía la sexta hipótesis. Hubo un 3,6% de fumadoras que tenían un nivel de estudios básicos, 6,1% que no tenían trabajo y un 2% eran gestantes primíparas.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque el tamaño del efecto muestra que la diferencia es débil entre los dos grupos en el nivel de tener o no tener pareja ($\chi^2_{(3,248)} = 16.566$, $p = .001$, V de Cramer = .258); con o sin estudios ($\chi^2_{(3,247)} = 12.411$, $p = .006$, V de Cramer = .224); tener o no tener trabajo ($\chi^2_{(3,248)} = 15.667$, $p = .001$, V de Cramer = .251); falta apoyo pareja ($\chi^2_{(3,244)} = 8.008$, $p = .046$, V de Cramer = .181); y falta apoyo amistad ($\chi^2_{(3,245)} = 16.199$, $p = .001$, V de Cramer = .257). El tamaño del efecto indica que hay significación media en haber tenido depresión anterior ($\chi^2_{(3,246)} = 23.087$, $p < .001$, V de Cramer = .306) y falta apoyo familia ($\chi^2_{(3,247)} = 43.200$, $p < .001$, V de Cramer = .418).

No hubo diferencias significativas entre fumadoras y no fumadoras en ser primeriza ($\chi^2_{(3,246)} = 3.008$, $p = .390$); bebe alcohol ($\chi^2_{(3,223)} = .524$, $p = .914$); en insatisfacción en la relación de pareja ($\chi^2_{(3,236)} = 5.599$, $p = .133$); problemas de pareja ($\chi^2_{(3,238)} = 1.086$, $p = .780$) y no se siente bien en pareja ($\chi^2_{(3,240)} = 1.545$, $p = .672$). En el tipo de apoyos, aunque no hay datos significativos en la relación de pareja, es mayor el número de no fumadoras las que sienten no tener apoyos y tienen problemas con la pareja. La prevalencia de los factores sociodemográficos y psicosociales con PHQ-9 en tabla 29.

Tabla 29

Prevalencia factores sociodemográficos y psicosociales (PDPI-R) y síntomas de depresión (PHQ-9) entre fumadoras y no fumadoras

PHQ-9 y factores sociodemográficos		Fumadoras		No fumadoras		χ^2	V de Cramer
		n	%	n	%		
Pareja	Con pareja	7	2,8	40	16,1	16.566**	.258
	Sin pareja	4	1,6	12	4,9		
Estudios	Sin estudios/ Básicos	9	3,6	41	16,6	12.411**	.224
	Medios/ Superiores	2	0,8	11	4,5		
Situación laboral	Con trabajo	8	3,2	31	47	15.667**	.251
	Sin trabajo	3	6,1	21	34,8		
Depresión anterior		1	0,4	2	0,8	23.087***	.306
Primeriza		5	2	20	8,1	3.008	
Bebe alcohol		0		1	0,4	2.010	
Falta de apoyo pareja		0		8	3,2	8.008*	.181
Falta apoyo familia		2	0,8	11	4,4	43.200***	.418
Falta de apoyo amistad		2	0,8	12	4,9	16.199**	.257
Insatisfacción pareja		1	0,4	4	1,7	5.599	
Problemas pareja		0		5	2,1	1.086	
No se siente bien en pareja		1	0,4	5	2,1	1.545	

*p < .05 ** p < .01 ***p < .001

Se analizó la prevalencia del PHQ-9 y el tipo de apoyo para ver si se cumplía la séptima hipótesis, encontrándose que las diferencias fueron significativas en ambos grupos aunque el tamaño del efecto fue débil en, falta de apoyo emocional de la pareja ($\chi^2_{(3,244)} = 9.592$, p = .022, V de Cramer = .198); falta de confianza en la pareja ($\chi^2_{(3,242)} = 14.886$, p = .002, V de Cramer

= .248); no contar con la pareja ($\chi^2_{(3,242)} = 10.255$, $p = .017$, V de Cramer = .206); falta de apoyo práctico de la pareja ($\chi^2_{(3,243)} = 8.106$, $p = .044$, V de Cramer = .183); falta de confianza en las amistades ($\chi^2_{(3,242)} = 15.525$, $p = .001$, V de Cramer = .253); no contar con las amistades ($\chi^2_{(3,246)} = 17.903$, $p < .001$, V de Cramer = .271) y no tener el apoyo práctico de las amistades ($\chi^2_{(3,242)} = 11.916$, $p = .008$, V de Cramer = .222). El tamaño del efecto es medio, indicando diferencias significativas en falta de apoyo emocional familiar ($\chi^2_{(3,247)} = 43.691$, $p < .001$, V de Cramer = .421); falta confianza en la familia ($\chi^2_{(3,246)} = 30.734$, $p < .001$, V de Cramer = .353); no contar con la familia ($\chi^2_{(3,246)} = 35.133$, $p < .001$, V de Cramer = .378) y falta de apoyo práctico de la familia ($\chi^2_{(3,244)} = 31.090$, $p < .001$, V de Cramer = .357). No es significativo en falta apoyo emocional amistades ($\chi^2_{(3,245)} = 1.156$, $p = .764$; falta de satisfacción con el matrimonio ($\chi^2_{(3,236)} = 5.599$, $p = .133$); problemas en el matrimonio ($\chi^2_{(3,238)} = 1.086$, $p = .780$) y no se encuentra bien en pareja ($\chi^2_{(3,240)} = 1.545$, $p = .672$). Resultados en tabla 30.

Tabla 30

Diferencias en apoyos (PDPI-R) entre fumadoras y no fumadoras y síntomas de depresión (PHQ-9)

Apoyo social y PHQ-9	Fumadoras		No fumadoras		χ^2	V de Cramer
	n	%	n	%		
Falta de apoyo pareja						
emocional	1	0,4	7	2,8	9.592*	.198
confianza	0		5	2	14.886**	.248
contar con la pareja	0		4	1,6	10.255*	.206
apoyo práctico	1	0,4	10	4,1	8.106*	.183
Falta apoyo familia						
emocional	2	0,8	10	4	43.691***	.421
confianza	1	0,4	7	2,8	30.734***	.353
contar con la familia	2	0,8	7	2,8	35.133***	.378
apoyo práctico	6	2,4	16	6,6	31.090***	.357

Falta de apoyo amistad

emocional	1	0,4	9	3,5	1.156	
confianza	1	0,4	9	3,5	15.525**	.253
Contar con las amistades	4	1,6	19	7,4	17.903***	.271
Apoyo práctico	2	0,8	22	9	11.916**	.222

Relación con la pareja

Insatisfacción pareja	1	0,4	4	1,6	5,599	
Problemas pareja	0		5	2,1	1.086	
No se encuentran bien en pareja	1	0,4	17	7	1.545	

*p < .05 ** p < .01

2.1.4 Análisis de Variables Obstétricas

Según la octava hipótesis, se espera que, haya diferencias a nivel obstétrico entre gestantes fumadoras y no fumadoras: complicaciones obstétricas, partos distócicos, cesáreas, bebés prematuros y de bajo peso, siendo más alta la prevalencia en las fumadoras que en las no fumadoras.

En complicaciones obstétricas solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en CIR TIPO II, 0,5% de fumadoras ($\chi^2_{(1, 190)} = 5.362, p = .021,$ V de Cramer = .168), aunque el tamaño del efecto es débil. El porcentaje de mujeres con complicaciones en el embarazo es mayor en las mujeres no fumadoras que en las fumadoras. Los resultados en tabla 31.

Tabla 31*Descriptivos complicaciones embarazo*

Complicaciones en el embarazo	Fumadoras		No fumadoras		χ^2	V de Cramer
	n	%	n	%		
Alto riesgo obstétrico	0		7	3,6	1,261	
CIR TIPO I	2	1	3	1,5	2.206	
CIR TIPO II	1	0,5	0		5.362*	.168
HTA alta	0		1	0,5	.181	
Preeclampsia leve	0		1	0,5	.181	
Preeclamsia grave	2	1	2	1	3.489	
Sospecha amenaza de parto pretermino	1	0,5	2	1	.725	
Placenta previa	0		1	0,5	.181	
Acortamiento cervical con pesario	1	0,5	3	1,6	.278	
Acortamiento cervical sin pesario	0		1	0,5	.181	
Alto riesgo cardiológico fetal	0		1	0,5	.181	
Infecciones vaginales o urinarias	0		2	1	.362	
Escaso control obstétrico	1	0,5	3	1,6	.278	
Feto pequeño para edad gestacional	0		2	1	.362	
Plaquetopenia	1	0,5	10	5	.319	
Alto riesgo Down	0		2	1	.362	
Preeclamsia grave y CIR	0		1	0,5	.181	

*p < .05

Se analizaron las complicaciones de las mujeres comparando las fumadoras con las no fumadoras y con síntomas de depresión, no hallándose diferencias significativas en las variables obstétricas.

En parto distócico se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, aunque el tamaño del efecto es débil, en presentación podálica ($\chi^2_{(1, 127)} = 10.257$, $p = .001$, V de Cramer = .284). El porcentaje de no fumadoras con parto distócico es mayor que en las fumadoras (tabla 32).

Tabla 32
Descriptivo parto distócico

Parto Distócico	Fumadoras		No fumadoras		χ^2	V de Cramer
	n	%	n	%		
Presentación podálica	2	1,6	0		10.257**	.284
Hipotonía uterina	0		1	0,8	.179	
Registro cardiotocográfico poco tranquilizador	0		2	1,6	.357	
Pérdida de bienestar fetal	3	2	25	16,3	.374	
Instrumental por pérdida de bienestar fetal	1	0,8	3	2,3	.284	
No progresión del parto	2	1,4	13	9,3	.037	
Bradycardia	1	0,8	2	1,6	.731	
Meconio	0		3	2,3	.535	
Bradycardia fetal, meconio, pérdida de bienestar fetal	1	0,8	1	0,8		
Inducción por no progresión al parto	1	0,8	3	2,3	.284	
Desproporción pélvico cefálica	2	1,5	10	7,3	.018	
Instrumental por alivio de expulsión	5	3,4	18	12,2	.611	
Cronológicamente prolongado	1	0,8	11	8	.414	
Patología del cordón umbilical	0		1	0,8	.179	
Placenta previa	0		2	1,6	.357	

** $p < .01$

Se compararon también los dos grupos con las variables del parto distócico para saber si las mujeres fumadoras tenían más partos distócicos que las no fumadoras cuando tenían síntomas de depresión, no se encontró ninguna diferencia significativa entre los grupos.

En el caso de las cesáreas realizadas a fumadoras y no fumadoras, no hay datos significativos, aunque el porcentaje de mujeres a las que se les realiza una cesárea es más alto en no fumadoras que fumadoras (tabla 33).

Tabla 33
Motivo de la cesárea

Motivo de la cesárea	Fumadoras		No fumadoras		χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Desproporción pélvico cefálica	0		7	3,3	1.407
Polihidramnios, situación transversa, hipotonía uterina y alto riesgo de Down	0		1	0,5	.202
No progresión del parto	1	0,5	12	5,6	.749
Pérdida de bienestar fetal	2	1	12	5,6	.061
Fracaso de inducción	2	1	4	1,9	1.109
Placenta previa	0		2	1	.404
Desprendimiento de placenta	1	0,5	4	1,9	.035
Iterativa	0		1	0,5	.202
Iterativa con ligadura tubárica	0		2	1	.404
De nalgas	0		1	0,5	.202
Registro cardiotocográfico poco tranquilizador, bradicardia fetal mantenida, pérdida bienestar fetal	0		2	1	.404
Sospecha pérdida bienestar fetal	3	2	25	16,3	.374

Extracción dificultosa del feto, plica besico uterina muy ascendida, cubre histerectomía previa, precisa disección con torunda	0	1	0,5	.202
Situación transversa, placenta previa	0	1	0,5	.202
CIR tipo II	0	1	0,5	4.824
Rotura prematura de membranas	0	3	2	.404
Rotura prematura de membranas pretérmino, tocólisis con Atosiban	0	1	0,5	.202

Tampoco se encontraron diferencias entre los grupos cuando las mujeres tenían depresión.

Referente a la semana de gestación en el momento del nacimiento del bebé de fumadoras y no fumadoras, no hay datos significativos, siendo mayor el porcentaje de prematuros y en recién nacidos postérmino en no fumadoras (tabla 34), tampoco hay diferencias cuando las mujeres tienen síntomas de depresión.

Tabla 34
Semana de gestación al parto

Semana de gestación	Fumadoras		No fumadoras		χ^2
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Prematuro extremo (20 - 28semanas)	0		3	1,5	.572
Muy prematuro (28 - 32 semanas)	0		1	0,5	.191
Prematuro moderado (32 - 37 semanas)	6	2,7	23	10,4	.389
A término (37 - 41 semanas)	31	11,7	162	61,4	.155
Postérmino (>41 semanas)	4	1,7	32	14	.574

Tampoco son significativos los datos del peso del recién nacido de fumadoras y no fumadoras cuando se comparan las mujeres fumadoras y no fumadoras, siendo mayor el porcentaje de bebés de bajo peso en madres no fumadoras, como de bebés macrosómicos (tabla 35), tampoco son significativos los datos cuando se comparan con síntomas de depresión.

Tabla 35
Peso del recién nacido

Peso del recién nacido	Fumadoras		No fumadoras		X^2
	n	%	n	%	
Bajo peso extremo (500gr-1500gr)	1	0,5	3	1,5	.292
Bajo peso (1500gr-2000gr)	6	2,6	17	7,3	1.819
Peso normal (2000gr-4000gr)	32	12,1	179	67,8	.106
Macrosómico (4000gr-5000gr.)	0		7	3,2	1.244

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

DISCUSIÓN

Esta tesis, que consistió en una investigación observacional descriptiva, se planteó como objetivo principal obtener la prevalencia de la depresión prenatal de la muestra de madres que participaron en el estudio, así como la posible diferencia con otras variables, tanto sociodemográficas como psicosociales y obstétricas. Que sepamos, no hay demasiadas investigaciones en España que analicen los síntomas depresivos en relación con variables obstétricas, pudiendo deberse a que se atribuyen los síntomas de depresión con los cambios físicos y hormonales asociados al embarazo ([Krauskopf y Valenzuela, 2020](#)).

La discusión se va a dividir en función de las hipótesis planteadas y diferenciando los dos estudios realizados (mujeres embarazadas españolas vs. inmigrantes y gestantes fumadoras vs. no fumadoras).

1. ESTUDIO SOBRE DIFERENCIAS ENTRE EMBARAZADAS ESPAÑOLAS E INMIGRANTES

Analizando las características sociodemográficas, se observa que la mayoría de la muestra es española, le sigue las participantes latinoamericanas y en menor porcentaje el resto de nacionalidades. Hubo diferencias entre españolas e inmigrantes en factores sociodemográficos. Las mujeres españolas son más tardías al tener el primer bebé, pues su media de edad es de 34,7 y tienen hijos hasta los 46 años, mientras las inmigrantes con una media de 31,7 años, tienen hijos hasta los 43. Las inmigrantes empiezan a tener hijos con 16 años y las españolas con 18 ([Martínez Herreros et al., 2022](#)). El porcentaje de mujeres embarazadas españolas entre 25 y 46 años es muy superior al de las inmigrantes, siendo mayor el porcentaje de mujeres inmigrantes entre 16 y 24 años. Los datos indican que hubo diferencias entre los grupos en las distintas edades, pero las diferencias entre el origen y la edad es muy débil. Estos datos irían en línea con el estudio del [INE \(2021b\)](#) acerca de “Tasas de Fecundidad según orden del nacimiento y nacionalidad (española/extranjera) y edad de la madre”, donde se indica que es mayor el porcentaje de tasa de fecundidad en las inmigrantes hasta los 30 años, siendo a partir de esa edad mayor en las españolas. El movimiento natural de población ([INE, 2019](#)), advierte del descenso de la natalidad, principalmente en madres españolas en gran parte por la disminución de hijos por mujer, pero también por la reducción en el número de mujeres en edad de ser madres.

Las mujeres españolas son más primíparas con mayor edad que las inmigrantes, lo que va en línea con el estudio de [García-Esteve et al. \(2014\)](#) donde las inmigrantes eran más jóvenes y el número de primíparas era menor. El que las mujeres sean cada vez más mayores a la hora

de tener su primer hijo o que se haya reducido el número de nacimientos, puede deberse a los empleos precarios y los bajos salarios (INE, 2019). Esta precariedad se da más en madres extranjeras, pues la situación laboral, la categoría profesional, los problemas de las madres embarazadas y sus expectativas son variables sociodemográficas que se consideran antecedentes personales para padecer problemas emocionales (Latorre, 2011), aunque como hemos visto, los datos establecen que la tasa de natalidad es mayor entre las madres extranjeras que en las españolas (INE, 2018, 2021b).

Entre las inmigrantes, los factores sociodemográficos significativos fueron tener menor nivel educativo, menor actividad laboral y mayor porcentaje sin pareja estable. A la vista de los datos del presente estudio, existen diferencias sociodemográficas, teniendo peor situación social las inmigrantes que las españolas (Martínez Herreros, 2022). Ser inmigrante reciente, ser de un nivel socioeconómico bajo, así como no tener apoyo de la pareja, son predictores de riesgo para padecer síntomas de depresión (King et al., 2019).

Conforme al estudio de King et al. (2019), sobre factores psicosociales, se comprobó que, las inmigrantes percibieron tener menor apoyo de pareja, familiar y de amistades, así como un porcentaje mayor que dijeron no tener una buena relación de pareja, existiendo diferencias significativas con respecto a las españolas (Martínez Herreros et al., 2022).

Según el tipo de apoyos, las inmigrantes sintieron tener menor apoyo social en general, siendo más significativo en no poder contar con la familia y amistades, falta de confianza en las amistades y falta de apoyo práctico tanto de la familia como de las amistades (Martínez

[Herreros et al., 2022](#)). La salud psicosocial entre las mujeres embarazadas es crucial para su bienestar y la salud del bebé ([Sakamoto et al., 2022](#)).

Observando la prevalencia de síntomas de depresión, el porcentaje de inmigrantes con síntomas de depresión es mayor que el de españolas (23,2% vs 15,9% respectivamente) lo que está en línea con otros estudios ([Fiel, 2011](#); [Fortner et al., 2011](#); [Marcos-Nájera et al., 2020](#); [Rodríguez-Muñoz et al., 2017a](#)), así como la gravedad de los síntomas, pues es mayor el porcentaje de inmigrantes con síntomas moderadamente severos y severos ([Marcos-Nájera et al., 2020](#); [Martínez Herreros et al., 2022](#)). Sin embargo, fue mayor el porcentaje de españolas que indicaron depresión anterior ([Martínez Herreros et al., 2022](#)).

Considerando la diferencia por edades, hay mayor porcentaje de inmigrantes con depresión en todas las edades, siendo mayor entre las que tienen entre 25 y 34 años, en línea con los trabajos de [Fair et al. \(2020\)](#) y [Martínez et al. \(2021\)](#) que indican que suele ser población joven en edad fértil, lo que influye en el perfil de las embarazadas. Los datos que indican depresión y gravedad de los síntomas pueden deberse a que estas mujeres presentan un duelo migratorio marcado por la soledad forzada, el desapego y la ruptura familiar, lo cual supone un gran estresor ([Cuesta, 2019](#)). Las mujeres migran en busca de una mejora económica y social o una independencia de los maridos ([del Castillo Acuña, 2013](#)). Al ser en muchas ocasiones el sostén económico de sus familias, esto ha generado tensiones de género en las parejas, al perder el hombre su rol tradicional de sustento familiar ([Oso, 2018](#)), por lo que esta situación puede convertirse a veces en un estresor a causa de la carga socio-familiar ([Cuesta, 2019](#)).

Hay literatura a nivel internacional sobre factores de riesgos ([del Castillo Acuña, 2013](#); [Gaviria et al., 2019](#)) donde coinciden que eventos estresantes de la vida durante el embarazo, bajos niveles de apoyo social y una historia previa de depresión son los mejores predictores de tener depresión, por el contrario, un fuerte apoyo social de las embarazadas se vincula con una salud mental positiva y mejores resultados en el parto. Este trabajo está en línea con ([Gaviria et al., 2019](#)) en el que tener antecedentes de depresión, y factores psicosociales negativos, se encuentran presentes en los síntomas de depresión durante el embarazo.

Hubo diferencias entre los grupos, en todos los tipos de apoyo cuando tenían síntomas de depresión. Los datos muestran que las mujeres inmigrantes con síntomas de depresión perciben tener menos apoyo emocional, siendo más significativa la diferencia en apoyo emocional de la familia; falta de confianza; no poder contar con y no tener apoyo práctico, a nivel de pareja, de familia y amistades, teniendo baja prevalencia y no siendo significativo el apoyo emocional de las amistades. También fueron las inmigrantes las que percibieron tener menos apoyos y más problemas de pareja. El apoyo social percibido por las embarazadas puede definir su nivel de bienestar, mostrando una asociación entre depresión y la percepción de bajo apoyo social, emocional e instrumental, pero una red extensa en condiciones precarias podría también incrementar la sintomatología ([Glazier et al., 2004](#)). Para las inmigrantes, la falta de apoyos, según este estudio, es muy importante.

En cuanto a los problemas obstétricos, los datos indican que, no hubo diferencias en la mayoría de variables. En complicaciones obstétricas, las inmigrantes tuvieron problemas de placenta previa, preeclampsia, tanto leve como grave y CIR, y las españolas en trombocitopenia.

Aunque los datos son significativos, los porcentajes son pequeños, y el tamaño del efecto muy débil ([Martínez Herreros et al., 2022](#)). En problemas significativos de salud de la mujer como puede ser la hipertensión, es importante identificar claramente y evaluar la prevalencia de los trastornos depresivos y de ansiedad en mujeres hipertensas, y determinar la contribución que cada uno de estos trastornos emocionales pueden tener en la predicción de los síntomas percibidos, que pueden considerarse como un indicador de mala salud física y psicológica ([Rueda y Alemán, 2015](#)). Se ha visto que la mayoría de complicaciones están relacionadas con la HTA, pues la tensión arterial alta en ocasiones puede tener un componente emocional, esto indicaría que se deberían realizar más estudios para ver si estas variables se relacionan, pues entre los factores de riesgo de preeclampsia se encuentran factores sociodemográficos como: nivel socioeconómico, violencia, la depresión; factores que condicionan riesgos para preeclampsia ([Torres-Lagunas et al., 2018](#)).

El origen materno también puede estar asociado a trastornos hipertensivos en el embarazo por su vínculo con el nivel socioeconómico, aunque la forma de esta asociación sigue siendo poco conocida ([García-Tizón et al., 2017](#)).

En relación con los factores socioculturales y obstétricos, cómo se ve en el estudio de [Martínez et al. \(2021\)](#) existen estudios contradictorios tanto nacionales como internacionales en los que se asocia el menor nivel cultural y formativo de las embarazadas con la peor identificación de la sintomatología relevante, no percibiendo el riesgo. En la muestra hubo diferencias significativas entre mujeres españolas e inmigrantes a nivel educativo, ausencia de trabajo y estado civil, pudiendo estar relacionado con los resultados obstétricos adversos, pero

no es así, está más en línea con estudios donde el riesgo de un resultado prenatal deficiente es mayor entre madres nativas que entre madres inmigrantes, ya que estas son más proclives a comportamientos saludables como es consumir menos tabaco y alcohol y tener dietas saludables ([Garcia-Tizon et al., 2017](#); [Martínez et al., 2021](#)). Otra posible explicación de este resultado se alinea con el "efecto del inmigrante sano", la creencia de que los inmigrantes son más sanos que los nativos, superando el estrés de dejar el hogar para establecerse en un nuevo país ([Garcia-Tizon et al., 2017](#)) pero esta salud se va deteriorando según pasa el tiempo.

A propósito del parto distócico, los datos del estudio muestran que, hay diferencias, pero el porcentaje de inmigrantes en pérdida de bienestar fetal y sangrado vaginal, es pequeño, no existiendo diferencias en el resto de variables ([Martínez Herreros et al., 2022](#)).

En las últimas décadas los partos por cesárea se han sistematizado en muchos países, no debiéndose superar el 15%, por los riesgos que esto supone ([OMS, 2015a](#)). Los resultados obtenidos están en línea con otra investigación ([Martínez et al., 2021](#)) en la que no se encuentran diferencias significativas entre los dos grupos, comparándolos con otros estudios tanto a nivel nacional como internacional. Esta ausencia de diferencias se debe a la universalidad del sistema sanitario español, donde existe el Principio Bioético de Justicia y Equidad, así como la existencia de protocolos de cesárea muy sólidos para todos ([OMS, 2015a](#)).

Se muestran diferencias significativas en semana de gestación al dar a luz, pues son más inmigrantes las que tienen bebés prematuro extremo, aunque es un porcentaje pequeño, siendo más españolas las que tienen un bebé postérmino, por lo que es difícil saber si se trata de una cuestión física o está relacionado con criterios psicológicos de miedo a consultar y hacer

visitas a urgencias vs. tener seguridad en el sistema. Tampoco se sabe si puede deberse a mecanismos nutricionales. No hay diferencias en tener síntomas de depresión y prematuridad. Se necesita más investigación para saber qué factores pueden actuar respecto a estas variables.

Por lo que se refiere al peso del recién nacido, no hay diferencias significativas entre los grupos, aunque hay diferencias entre el peso muy bajo de bebés de madres inmigrantes y la macrosomía de bebés de madres españolas, se necesitaría más investigación con una muestra más amplia y estudiar si hubiera una relación entre el bajo peso y bebés prematuros, así como bebés postérmino y macrosomía, estudiando los posibles factores de riesgo.

Como limitaciones al estudio, puede darse un sesgo de selección, puesto que sólo se eligieron mujeres que hablaban español, al ser un muestreo de conveniencia y que se han analizado los datos de las inmigrantes en conjunto por ser mayoría de latinas y el porcentaje de mujeres de otros países y culturas no se ha tenido en cuenta por ser un porcentaje ínfimo. Así encontramos que, (1) todas las mujeres extranjeras no son un grupo homogéneo por lo que clasificarlas en el mismo grupo puede llevar a sesgos, (2) para esta investigación se seleccionaron todas por tener facilidad lingüística con el español, (3) este estudio sólo se realizó en un hospital en Madrid, en futuros estudios los mismos análisis deben extenderse a otros hospitales y otras regiones, para garantizar la generabilidad de la muestra, (4) este estudio fue transversal y no permitió realizar un estudio longitudinal para ver cómo se encontraba la madre y el bebé después del parto.

Otra limitación al estudio es no haber recogido el peso materno, pues según los estudios de [Vilar Sánchez et al. \(2017\)](#) muestra como el bajo peso materno puede ocasionar que el niño

sea PEG y los estudios de [Agudelo-Espítia et al. \(2019\)](#) y [Salas et al. \(2021\)](#) indican que el exceso de peso materno pregestacional, la ganancia de peso excesiva durante el embarazo, la diabetes, la multiparidad, el sexo fetal varón, se asocia con un mayor riesgo de macrosomía del neonato, mayor morbimortalidad neonatal y materna y predice un aumento en la tasa de cesáreas. Saber el peso materno habría indicado si los problemas obstétricos encontrados estarían en línea con estudios anteriores.

Una de las fortalezas de este estudio es que se cuenta con datos sobre uno de los problemas que desde hace unos años preocupa a profesionales de la salud de distintos campos como obstetricia, enfermería, pediatría y psicología. En este estudio están recogidos los datos reales de la muestra de pacientes que acudieron al hospital para controlar su embarazo y dar a luz. En nuestra área de conocimiento, no conocemos si hay muchos estudios en el ámbito nacional que analicen pruebas objetivas (historia obstétrica de embarazo y parto) y estudio de las variables psicosociales y psicológicas, para ver cómo afectan a nivel obstétrico, comparando españolas con inmigrantes, identificando población y factores de riesgo para mejorar la aplicabilidad clínica, manteniendo y promoviendo su potencial positivo de salud materno perinatal.

2. ESTUDIO SOBRE DIFERENCIAS ENTRE GESTANTES FUMADORAS Y NO FUMADORAS

En los análisis realizados a la muestra de mujeres gestantes, se investigó si había diferencia entre fumadoras y no fumadoras a nivel sociodemográfico, en factores psicosociales, síntomas de depresión y en variables obstétricas. En este análisis se consideraron dos grupos: fumadoras y no fumadoras.

Aunque los datos del estudio en general tienen un tamaño del efecto débil, las variables significativas ofrecen diferencias entre ambos grupos.

En este estudio, son las mujeres de entre 35 y 40 años las que más fuman, siendo la media de edad de las fumadoras de 33,9 años, encontrándose mayor número de mujeres fumadoras entre españolas que de inmigrantes.

La prevalencia de gestantes fumadoras (8,7%), es inferior a otros estudios ([Brand et al., 2019](#); [INE, 2018](#); [Lange et al., 2018](#); [Míguez y Pereira, 2018](#); [Santiago Pérez et al., 2020](#)) que estaría entre el 15% y el 26%, lo que puede deberse por un lado a que un porcentaje de mujeres deja de fumar al intentar quedarse embarazadas o al confirmar su embarazo, lo que muestra los trabajos de [Brown et al. \(2019\)](#) y [Santiago Pérez et al. \(2020\)](#), o por la cantidad de mujeres que no contestaron a la pregunta, por lo tanto, puede estar en línea con el estudio de ([Míguez y Pereira, 2018](#)) en el que muestran que la tasa de ocultación está entre el 11% y el 19,9%. Aunque la mayoría de las mujeres que dejan de fumar durante el embarazo, vuelve a fumar en un periodo de 6 meses después del parto ([Brown et al., 2019](#)) quizás por la percepción de que ya no necesitan proteger al bebé, por el estrés de tener que cuidar al bebé, la falta de confianza

pág. 164

en ellas mismas para el abandono del tabaco, vivir con un compañero fumador y el deseo de volver a llevar la vida que llevaban antes del embarazo.

Hay diferencias estadísticamente significativas en nivel de estudios, pues hay un porcentaje mayor de fumadoras con menor nivel educativo que las no fumadoras, semejante a otros estudios ([Brown et al., 2019](#); [Jafari et al., 2021](#); [Míguez y Pereira 2018](#); [Santiago-Pérez et al., 2020](#)), que indican que puede deberse a que las mujeres con un menor nivel educativo son menos conscientes del efecto perjudicial que tiene el consumo de tabaco sobre su salud y la salud del hijo que esperan.

Hay pocos estudios que evalúen la prevalencia conjunta de consumo de tabaco y alcohol en la etapa gestacional. En el estudio de [Imaz et al. \(2020\)](#) las estimaciones de consumo de tabaco durante el embarazo son más precisas que las del alcohol, porque las mujeres tienden a ocultar el consumo, al ser una sustancia conocida por los efectos teratogénicos y probablemente epigenéticos, siendo su consumo en la etapa prenatal causa de morbilidad materna y fetal. En este estudio, entre las fumadoras, hubo mayor porcentaje de consumo de alcohol que entre las no fumadoras.

Al contrario que en otros estudios, se ha encontrado que entre las fumadoras hay más primíparas, siendo más multíparas las que no fuman, no estando en línea con lo que recoge [Míguez \(2022\)](#), donde se manifiesta que una primípara dejara de fumar antes que una multípara porque estas desarrollan una creencia errónea al no haber tenido consecuencias negativas en anteriores embarazos.

También se muestra en este estudio que la mayoría de gestantes fumadoras están casadas o viven en pareja, lo que indicaría que tener pareja puede ser un factor para la conducta de fumar, con una mayor probabilidad de tabaquismo durante la gestación, aunque en variables sociodemográficas con referencia al consumo de tabaco durante la gestación no existe un consenso, pues los distintos estudios que tratan el tema, en ocasiones hallan resultados contradictorios como señalan [Míguez y Pereira \(2018\)](#) y el hecho de fumar no afecta el no tener apoyo social, ni al tipo de apoyo que pueda recibir por parte de la pareja, familia o amistades, tampoco a la insatisfacción con la pareja en la conducta de fumar. Sin embargo, hay estudios que muestran como la presencia del apoyo social es importante para ayudar a las gestantes a adoptar o mantener comportamientos saludables ([Faleschini et al., 2019](#)). [Brown et al. \(2019\)](#) en su estudio muestran que las mujeres embarazadas fumadoras y posparto tienden a tener niveles más bajos de apoyo, por lo que es muy importante tener un buen apoyo social o de pareja, ya que es un facilitador clave para prevenir recaídas.

El metanálisis realizado por [Jafari et al. \(2021\)](#) indica que algunos factores de riesgo para el tabaquismo de las gestantes sería tener baja educación o estar deprimida, lo que sí coincide con este estudio, pues entre las fumadoras con síntomas de depresión, hay mayor proporción de mujeres sin estudios o básicos que con estudios medios o superiores. [Míguez et al. \(2017\)](#) indican que la depresión se ha relacionado con el tabaquismo en todas las etapas de la vida, y que, durante el embarazo, las mujeres deprimidas tienen el doble de probabilidades de fumar, observándose esta asociación en diferentes países europeos. El porcentaje de mujeres fumadoras con síntomas de depresión es más alto en síntomas moderados y síntomas moderadamente severos, siendo las no fumadoras las que tenían mayor porcentaje de síntomas

severos. La vulnerabilidad de las mujeres con síntomas de depresión, aun sabiendo que es dañino para la salud, puede estar detrás de su conducta de fumar. Como se vio anteriormente, en el grupo de fumadoras, la cantidad de fumadoras era más alta entre las gestantes de 34 y 40 años, pero son más las que fuman y tienen depresión en el grupo de entre 25 y 34 años.

Se ha relacionado los factores sociodemográficos y psicosociales con tener peor salud mental, por lo que se espera que, entre las mujeres fumadoras con síntomas de depresión haya mayor prevalencia en ausencia de pareja, menor nivel de estudios, ausencia de trabajo, depresión anterior, primeriza, bebe alcohol, falta de apoyos (pareja, familia, amistad) y peor relación de pareja. Las diferencias se encuentran en las no fumadoras, ya que el porcentaje de no fumadoras es más alto en tener o no pareja, nivel de estudios, haber tenido depresión anteriormente, faltas de apoyo e incluso la mala relación con la pareja, por lo que no se puede decir que fumar sea un factor de riesgo en síntomas de depresión y variables sociodemográficas y psicosociales en las mujeres fumadoras. Sucede lo mismo con la falta de apoyos tanto a nivel emocional, de confianza, contar con o apoyo práctico, hubo mayor porcentaje de mujeres no fumadoras, encontrándose una diferencia media en falta de apoyo familiar en todo tipo de apoyo. Esto indica según este estudio que no afecta el tipo de apoyo para la conducta de fumar, no coincidiendo con otros estudios que, como hemos visto, sí indican una relación entre fumar y las distintas variables examinadas.

A nivel obstétrico, no se encontró en el estudio evidencia de que fumar ocasione problemas como complicaciones en el embarazo, pues solo se encontró diferencias en CIR TIPO II y en parto distócico se encontró diferencias en presentación podálica. No hay datos

significativos en cesáreas realizadas, semana de nacimiento del bebé o peso del recién nacido, contrariamente al metanálisis de [Jafari et al. \(2021\)](#) y a los estudios de ([Caparrós et al., 2021](#); [Míguez y Pereira 2018](#); [Míguez y Pereira 2021](#); [Santiago Pérez et al., 2020](#); [Sieminska y Jassem, 2014](#)) que indican que sí existen efectos en la salud de la embarazada y el feto, ocasionando problemas en el recién nacido como puede ser el parto prematuro.

Como limitaciones a este estudio cabe señalar que, (a) al ser un auto cuestionario, la prevalencia de consumo puede que esté infraestimada por la deseabilidad social, siendo un sesgo ante la posible ocultación del consumo, (b) es un estudio observacional descriptivo, por lo que se puede hablar de diferencias en variables entre los grupos de fumadoras y no fumadoras, pero no de asociaciones causales, (c) las evidencias extraídas de este trabajo deben ser tratadas con cautela hasta que se realicen más investigaciones para corroborar los hallazgos. La investigación se realizó de forma retrospectiva y se basó exclusivamente en el autoinforme de las mujeres, por lo tanto, como dice [Míguez y Pereira \(2018\)](#) y [Santiago-Pérez et al. \(2020\)](#) hay que tener en cuenta que esta metodología con embarazadas es susceptible de producir un sesgo de recuerdo y de ocultación.

A pesar de las limitaciones, este estudio pretende enfocar la mirada en un problema de salud pública como es el tabaquismo en el embarazo por su alta prevalencia.

3. DISCUSIÓN FINAL DE LA TESIS Y SEGOS

Como discusión final de esta tesis, a propósito de los sesgos que se han podido desarrollar, en el estudio relacionado con la inmigración, las mujeres españolas pueden que tengan menor riesgo de tipo sociodemográfico y psicosocial, así como las inmigrantes latinas,

que pueden tener menor aislamiento por tener una cultura parecida; al excluir a las mujeres que no hablan el idioma, se puede reducir las diferencias de riesgo entre españolas e inmigrantes, por lo que al analizarlas como mayoría de inmigrantes latinas los resultados pueden comportar un sesgo. Tampoco se recogió el tiempo de estancia en el país, por lo que puede ser un sesgo, ya que no es lo mismo llevar mucho tiempo en el país y haber adoptado el estilo de vida, incluida la dieta, que llevar poco y seguir con la dieta que tenía en su país.

Al ser estudios observacionales descriptivos, no es posible determinar la relación causal entre la depresión, la inmigración y los factores de riesgo y las consecuencias obstétricas, como tampoco esa diferencia entre mujeres fumadoras y no fumadoras.

En el caso del sesgo de publicación, en relación a la tendencia a poner los resultados estadísticamente significativos y que pueden suponer una amenaza grave para la validez de la publicación, puede darse un sesgo de confirmación (seleccionar los resultados que concuerden con la evidencia), o puede darse no desarrollar la investigación por los resultados que puedan surgir de los análisis realizados al no cumplirse las hipótesis planteadas.

En este trabajo, aunque no se cumplen algunas de las hipótesis importantes, he creído necesario realizar la tesis con los datos obtenidos porque creo que la metodología utilizada es la adecuada (tamaño de la muestra, lugar de recogida de datos, análisis de los grupos, así como la presentación de los datos). Tener datos contrarios a la evidencia, con diferencias nulas o datos negativos no siempre ha de ser negativo; es importante, porque se plantean preguntas de investigación (son estudios exploratorios). Todas las dudas en torno a los sesgos detectados son importantes para tenerlas en cuenta en siguientes investigaciones. Las cuestiones que se

tratan son necesarias porque amplían la base de conocimiento y muestra que podemos sobreestimar los resultados positivos; en estos estudios, los resultados indican que hay que seguir investigando, por la repercusión que tiene no sólo sobre la mujer gestante, también por los resultados negativos que se pueden dar tanto en el feto como en el recién nacido.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

1. CONCLUSIONES INMIGRACIÓN

Los movimientos migratorios son un fenómeno social y político que tiene repercusión tanto a nivel mundial como en el ámbito nacional.

El hallazgo más importante en el estudio sobre inmigración, fue la alta prevalencia de depresión prenatal en mujeres embarazadas inmigrantes (23,2%) y los problemas sociodemográficos y psicosociales encontrados. Estos aspectos se pueden identificar en los controles obstétricos, de esta manera se puede intervenir cuando así lo requieran las mujeres, lo que puede impactar de forma positiva en el bienestar materno e infantil.

[ACOG \(2018a\)](#) señala como la genética y el estilo de vida juegan un papel importante en la salud general de las personas, y como la investigación desde distintas disciplinas muestran cómo las condiciones del entorno en el que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, juegan un papel importante sobre la salud, por tanto, recomienda reconocer que la raza, el racismo institucionalizado y otras formas de discriminación sirven como determinantes sociales de la salud. Se debería abordar los aspectos psicosociales relativos al proceso migratorio, y las barreras de género para poder dar una respuesta multidisciplinar a los problemas sanitarios ([Cuesta, 2019](#)).

Muchas inmigrantes experimentan pobreza cuando llegan al país de destino, existiendo un bajo nivel de apoyo social debido a la separación de las redes sociales a causa de la migración y el aislamiento social en el país de acogida ([Anderson et al., 2017](#)). Las mujeres con barrera lingüística tienen dificultades para acceder a los servicios de maternidad para

concertar una cita o buscar una atención segura y adecuada debido a la falta de conocimientos sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios, lo que puede hacer que no se atiendan sus necesidades sanitarias o incluso que no tengan acceso a los servicios sanitarios (Cuesta, 2019; Fair et al., 2020).

Es necesario también que los sanitarios que atienden a estas mujeres eviten las ideas preconcebidas que hay sobre ellas y su cultura. Que observen, escuchen, respeten sus ideas; dando la información adecuada para que tengan una atención sanitaria de calidad.

2. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS ENTRE EMBARAZADAS ESPAÑOLAS E INMIGRANTES

Este estudio podría indicar que la relación entre la nacionalidad y las condiciones psicológicas y psicosociales con el embarazo repercute en sus resultados obstétricos, siendo la salud gestacional peor en las mujeres inmigrantes que en las españolas, por tener estas mejores condiciones sociodemográficas, pero no siempre es así. En España, el [Real Decreto-Ley 16/2012](#) limitaba el acceso a la asistencia sanitaria a las personas con residencia legal, pero las migrantes embarazadas eran una categoría exenta de este cambio restrictivo (Grotti et al., 2018), actualmente la atención a la maternidad está legalmente clasificada como "atención de urgencia" bajo cláusulas humanitarias en Grecia, Italia y España, por lo que una mujer embarazada puede acceder a la atención sanitaria independientemente de su estatus legal.

Aunque existe un compromiso europeo para abordar las desigualdades proporcionando una atención sanitaria de calidad, que satisfaga las necesidades de las mujeres inmigrantes en edad fértil, no se proporciona ni se financia de la misma manera en todos los países; algunos

proporcionan atención gratuita, otros requieren un seguro médico y otros están disponibles para aquellos que cotizan al seguro nacional a través del trabajo (Fair et al., 2020).

La protección de la salud en España es un derecho universal, por lo que toda la población dispone de una cobertura sanitaria financiada con fondos públicos; el Sistema Nacional de Salud, que atiende al 96,5% de la población, es el principal proveedor de atención sanitaria (Ministerio de Sanidad, 2022). En España, hoy en día, el acceso a la sanidad universal está garantizado para las mujeres embarazadas, ya sean nativas, inmigrantes legales o ilegales, y por tanto el acceso a los hospitales españoles donde existe la atención universal hace que tengan la misma atención y por tanto un mayor control tanto en el embarazo como en el momento del parto. Esta situación favorece el cumplimiento de los Principios Bioéticos de Autonomía, Beneficencia, no Maleficencia y Justicia.

La depresión en el embarazo es un factor de riesgo para muchos problemas, como la atención prenatal tardía o retrasada y el autoabandono (Gaviria et al., 2019; Spoozak et al., 2009), que pueden causar problemas en el desarrollo del niño durante el embarazo (Glazier et al., 2004; Soopzak et al., 2009) y después del nacimiento (Branquinho et al., 2021; Spoozak et al., 2009).

Debido a la alta prevalencia de depresión en los tres trimestres de embarazo, se debe establecer la detección de mujeres embarazadas en cada trimestre. Esto implica que una mujer embarazada debe someterse a un examen de detección de depresión al menos tres veces antes del parto, con un examen en cada trimestre (Thompson y Ajayi, 2016). Estos autores recomiendan que la educación sobre los riesgos asociados con la depresión prenatal no tratada

debe iniciarse desde varios ámbitos de la salud, emprendiéndose campañas de educación y sensibilización sobre la salud para que la población sepa identificar los síntomas de depresión prenatal y los peligros de no recibirla a tiempo.

La depresión materna no tratada puede tener importantes consecuencias para el sistema sanitario (incremento circunstancias adversas de salud, bajas laborales), consecuencias en el desarrollo del bebé/niño y académicas y del estado del bienestar ([Fonseca et al., 2020](#); [Sontag-Padilla et al., 2013](#)).

Sigue habiendo una atención basada en el modelo biomédico para tratar los síntomas depresivos, ya que se consideran una enfermedad mental. Es importante que las terapias utilizadas por los profesionales se ajusten a lo que la persona necesita, que tengan en cuenta la naturaleza psicosocial del problema, la importancia del papel que juegan los pensamientos, las emociones y/o la conducta en el desarrollo de los síntomas depresivos. Es conveniente tener en cuenta la naturaleza dinámica, contextual, holística, interactiva y funcional de los trastornos psicológicos ([Fonseca et al., 2021](#)). La literatura muestra que las mujeres prefieren las intervenciones psicológicas en el tratamiento de la depresión perinatal, a las intervenciones farmacológicas ([Branquinho et al., 2021](#)). El cribado y las intervenciones para la depresión durante el embarazo deben tener en cuenta el estatus migratorio para que la atención sanitaria sea eficaz, dado que el estatus migratorio puede tener diferentes factores de riesgo que afectan a la depresión durante el embarazo ([Marcos-Nájera et al., 2020](#)).

La depresión es una de las condiciones prioritarias cubiertas por el Programa de Acción de la OMS para la Brecha en la Salud Mental (mhGAP). El Programa tiene como objetivo

ayudar a los países a aumentar los servicios para las personas con trastornos mentales, neurológicos y de uso de sustancias a través de la atención proporcionada por trabajadores de la salud que no son especialistas en salud mental. (OMS,2021c)

Desarrollar depresión prenatal puede verse afectado por múltiples factores sociodemográficos y psicosociales que diferencian a embarazadas españolas e inmigrantes. Por tanto, en acuerdo con [Muzik et al. \(2009\)](#) que exponen que debido a que el manejo de las mujeres periparto deprimidas también incluye el cuidado de un feto en crecimiento o un bebé lactante, el tratamiento puede ser complejo y requiere la participación de un equipo multidisciplinar, que incluye un obstetra, un pediatra y un profesional de la salud mental, para brindar una atención óptima, por lo que es importante que los profesionales conozcan (1) la frecuencia de la depresión en mujeres embarazadas y posparto; (2) signos, síntomas y métodos de detección apropiados; y (3) los riesgos para la salud de la madre y el feto en crecimiento si la depresión no se detecta o no se trata.

Aunque en este estudio no se han podido replicar los hallazgos de estudios previos, es importante entender que las mujeres que sufren síntomas de depresión se enfrentan simultáneamente a dos retos: adaptarse a la maternidad y afrontar sus problemas de salud. Por eso es importante que puedan contar con profesionales que las puedan ayudar en ese momento tan vital para su salud y la de su bebé.

3. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DE LAS DIFERENCIAS ENTRE FUMADORAS Y NO FUMADORAS

Existe un amplio consenso sobre la importancia que tiene dejar de fumar para un correcto desarrollo del feto y del recién nacido, pero los datos indican que también hay un efecto cuando se es fumadora pasiva por lo que se recomienda vivir el embarazo en un ambiente libre de humo de tabaco. Esto por supuesto, también se refiere al alcohol u otras sustancias nocivas para la gestante. El tabaquismo durante el embarazo o el posparto sigue siendo una de las principales causas prevenibles de mortalidad y morbilidad materna e infantil ([Brown, 2019](#)).

Respecto a la prevalencia del consumo se advierte que puede haber una infraestimación del consumo por deseabilidad social, puesto que algunas mujeres pueden ocultar que fuman debido a la presión social que se ejerce sobre ellas para que abandonen su consumo de tabaco en este período de la vida ([Míguez y Pereira, 2018](#); [Santiago-Pérez et al., 2020](#)).

Conseguir reducir la prevalencia del consumo de tabaco es el objetivo prioritario de las políticas de un país, por eso, en el caso de España, las campañas de información y sensibilización sobre los efectos del tabaco coexisten con: 1) la prohibición de fumar en lugares destinados al público, medios colectivos de transporte y lugares de trabajo; 2) la regulación en materia no solo de fabricación, presentación y venta de productos del tabaco sino de su propia publicidad y patrocinios; y 3) los fuertes impuestos a la elaboración y consumo de tabaco ([Álvarez Martín et al., 2022](#)).

[Míguez y Pereira \(2018\)](#) indican que hay estudios contradictorios con respecto a variables sociodemográficas y tipos de apoyo, por lo que se debe seguir investigando sobre

dichos factores y el tabaquismo, saber si hay diferencias entre las gestantes y si la conducta de fumar está relacionada con el tipo de apoyos o variables sociodemográficas. También se ha encontrado que las madres primíparas fumadoras son más propensas a fumar que las no primíparas fumadoras, pero como se ha visto, hay un alto porcentaje de mujeres que no contestan a la pregunta, no se sabe si porque no fuman o por ocultación por deseabilidad social. Se debe investigar más sobre el tema.

Esta investigación no arroja datos con los que se pueda considerar que hay diferencias entre fumadoras y no fumadoras a nivel obstétrico. Pero, aunque en esta investigación los datos no aporten esa evidencia, se sabe que el tabaquismo materno durante el embarazo es un factor de riesgo para problemas obstétricos y del recién nacido.

Saber que variables se relacionan con la conducta de fumar ayuda a conocer sobre qué factores hay que incidir para poder intervenir hacia el abandono del tabaco ([Míguez y Pereira, 2018](#)) desde el ámbito de la salud pública, intentando que las embarazadas minimicen el consumo de cigarrillos si no se consigue que lo dejen del todo. Por ello, desde [ACOG \(2020\)](#) se aconseja advertir a las mujeres embarazadas de los riesgos perinatales que están relacionado con el consumo de tabaco como es la restricción del crecimiento fetal, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas, bajo peso al nacer, etc. Las campañas de educación sanitaria deben enfocarse para que, desde el periodo pregestacional a la lactancia, se encamine en diseñar programas de formación y conseguir la abstinencia de consumo durante el embarazo y la lactancia.

La [OMS \(2013\)](#) recomienda que se utilice un proceso de cinco pasos en todos los entornos de atención de la salud en la medida de lo posible. Estos cinco pasos son: (1) preguntar sobre el historial de tabaquismo y el comportamiento actual de fumar; (2) aconsejar a las mujeres fumadoras sobre el valor de dejar de fumar y los riesgos de continuar; (3) evaluar la motivación y los pensamientos de una mujer fumadora sobre dejar de fumar; (4) ayudar a la fumadora en todos los intentos de dejar de fumar con el uso de materiales o derivaciones a programas de intervención; y (5) organizar el seguimiento durante todo el embarazo y el período posparto. Por ello es necesario concienciar de la necesidad de un equipo multidisciplinar en el que tanto obstetras como matronas y psicólogos puedan proporcionar un apoyo para conseguir el objetivo.

CAPÍTULO VII: RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

1. RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL ESTUDIO EN RELACIÓN A LAS DIFERENCIAS ENTRE EMBARAZADAS ESPAÑOLAS E INMIGRANTES

Uno de los puntos fuertes de este estudio es que aporta datos sobre uno de los problemas que desde hace unos años preocupa a los profesionales de la salud en diferentes ámbitos como la obstetricia, la enfermería, la pediatría y la psicología. En nuestro ámbito de conocimiento, hay pocos estudios sobre el tema y, hasta donde sabemos, no hay estudios nacionales que analicen pruebas objetivas (historia obstétrica del embarazo y del parto) y el estudio de variables psicosociales y psicológicas, junto a la salud obstétrica, comparando españolas con inmigrantes. Se trata de identificar factores poblacionales y de riesgo para mejorar la aplicabilidad clínica, manteniendo y promoviendo su potencial positivo para la salud materna y perinatal.

Por tanto, es importante tener en cuenta la prevención. Organismos internacionales se han preocupado por el impacto de la depresión perinatal y se han confeccionado diversas guías que establecen una serie de recomendaciones basadas en la evidencia. Así desde la Guía de servicios clínicos preventivos de la U.S. Preventive Services Task Force EE.UU ([USPSTF, 2016](#)), la Guía del cuidado de salud mental prenatal y postnatal del National Institute for Clinical Excellence ([NICE, 2014](#)) del Reino Unido, y la guía de la Organización Mundial de la Salud ([OMS, 2015b](#)) cuyo objetivo principal es garantizar que los Sistemas de Salud utilicen tratamientos apoyados por las mejores pruebas empíricas disponibles. Se hacen recomendaciones sobre cribados, asesoramientos y medicamentos susceptibles de usar en prevención.

La Guía del APA que encarga importantes trabajos de metaanálisis basados en la evidencia, incluyen recomendaciones clínicas de qué hacer según el tema analizado ([Moriana y Martínez, 2011](#)). Incluso La Organización Mundial de la Salud ([OMS, 2015b](#)) ha publicado una guía para el tratamiento de la depresión perinatal, donde se recomienda prestar atención al bienestar psicológico y físico de la madre, unido a la importancia de la relación entre la madre y el bebé.

Se necesita más investigación para optimizar las intervenciones psicoeducativas que se pueden realizar desde distintos ámbitos sanitarios en el momento que la embarazada acude a consulta, sobre todo en población inmigrante. Al ser un grupo heterogéneo es importante seguir investigando, pues las diferencias culturales (costumbres, idioma, creencias religiosas, etc.) hace que haya diferencias entre ellas. También es importante saber cuánto tiempo de estancia lleva en nuestro país y que tipo de estancia, no es lo mismo la procedencia legal que ilegal, la que llega a trabajar en algo que está por debajo de su capacitación que tener un trabajo de acuerdo a sus estudios. Al mismo tiempo, entre las españolas, también el lugar de origen tiene importancia, pues no es lo mismo haber nacido en la ciudad, que hacerlo en un pueblo, porque al igual que en las inmigrantes, las costumbres varían de unas regiones a otras.

Una historia clínica completa junto con el uso rutinario de instrumentos de cribado para detectar el perfil de riesgo de estas mujeres permitiría la prevención y detección precoz de la depresión prenatal ([Míguez y Vázquez, 2021](#)). Al mismo tiempo, es necesario un mayor enfoque en la relación entre el apoyo social y la depresión en cada etapa del período prenatal para futuras investigaciones y prácticas.

2. RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL ESTUDIO ACERCA DE LAS DIFERENCIAS ENTRE FUMADORAS Y NO FUMADORAS

Fumar es un grave problema de salud pública, agravado cuando la conducta de fumar lo realiza una mujer embarazada, no sólo por las repercusiones que el tabaco tiene sobre su salud, sino por las implicaciones que pueda tener en el futuro bebé. Por tanto, este estudio permite conocer el perfil de las embarazadas fumadoras, de esta forma poder ofrecer ayuda para dejar de fumar a las que están en riesgo de seguir fumando durante el embarazo. Si se detecta rápido a las fumadoras y se realizan acciones preventivas desde la atención sanitaria podría disminuir la prevalencia, así como las consecuencias negativas de la conducta de fumar.

La relevancia práctica de este trabajo sería, poder recomendar a todos los profesionales sanitarios que prestan atención a las mujeres embarazadas, que recibieran formación especializada en tabaquismo, pues por ser los profesionales más cercanos a las embarazadas cuando acuden a consulta, su papel es fundamental para aconsejar el abandono del consumo durante la gestación y en señalar las consecuencias negativas que se pueden producir en caso de persistir con el tabaquismo.

Desde nuestro ámbito, se debería incorporar la TCC (Terapia Cognitivo Conductual), cuyas intervenciones han demostrado efectividad a largo plazo. [Brown et al. \(2019\)](#) indica que:

Existe la posibilidad de que la efectividad de las intervenciones mejore mediante la incorporación de más TCC, lo que implica intervenciones más "complejas".

Se encontraron seis TCC "prometedoras", que ocurrieron con frecuencia y

estuvieron presentes en las intervenciones que demostraron la efectividad a largo plazo de la abstinencia sostenida del hábito de fumar después del parto. Estos fueron: "resolución de problemas", que incluyó consejos sobre la prevención de recaídas en el tabaquismo; «información sobre las consecuencias para la salud»; «información sobre las consecuencias sociales y medioambientales», como los efectos del humo ajeno; «apoyo social» de un socio u otro colaborador; "reducir las emociones negativas", incluida la gestión del estrés; e "instrucción sobre cómo realizar un comportamiento", incluida la capacitación profesional ([Brown et al., 2019](#)).

Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de campañas de educación sanitaria dirigidas a evitar el consumo tanto de tabaco como de alcohol durante el embarazo. Se debe suministrar información adecuada a las embarazadas, para ello, se han de incorporar estrategias educativas que abarquen el periodo preconcepcional, así como durante la gestación y el periodo posparto, incluyendo la lactancia. Esta formación debe consistir en fomentar la abstinencia de consumo durante estos periodos de tiempo, y para ello, se necesitan profesionales de la salud formados en la materia.

CAPÍTULO VIII:
LECCIONES
APRENDIDAS, CLAVES
DE FOCALIZACIÓN Y
REFLEXIÓN FINAL

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

LECCIONES APRENDIDAS

LECCIONES APRENDIDAS

LECCIÓN APRENDIDA 1

SE REQUIERE MAYOR ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL EMBARAZO

Es importante tener una visión global de la embarazada cuando llega al hospital para realizar el **control obstétrico**. No sólo es importante la revisión física de la embarazada por las repercusiones en su salud, también hay que valorar las **características sociodemográficas**, tanto de la embarazada como de su familia y que pueden afectar a su salud mental.

VARIABLES como la **edad** (ser muy joven o muy mayor), **origen** de la mujer, tener **menor nivel educativo**, problemas económicos como estar en el **paro**, **tipo de trabajo**, tener o **no tener pareja**, vivir o **no vivir en pareja**, **fumar y/o beber alcohol**, ser **primípara** o haber padecido **depresión previa** son significativas.

Es importante conocer en qué situación se encuentra la mujer para detectar tempranamente los riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto. La OMS considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal.

LECCIÓN APRENDIDA 2

PDPI-R INSTRUMENTO FIABLE PARA LOS FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL EMBARAZO

Identificar a las mujeres en riesgo de depresión prenatal requiere buenas herramientas de cribado de los factores asociados a la depresión prenatal.

El PDPI-R se destaca como instrumento de evaluación de los factores de riesgo más importantes como son la depresión anterior, el escaso apoyo social, los problemas con la pareja, nivel socioeconómico (como tener o no tener trabajo) etc.

Al ser autoadministrado y de fácil manejo es una ventaja en contextos clínicos. Orienta a los profesionales para cribar los aspectos psicológicos durante el embarazo. Por las repercusiones que tiene la depresión prenatal tanto para la gestante como para el bebé, identificar y prevenir los factores de riesgos puede ser de gran utilidad ante este problema.

LECCIÓN APRENDIDA 3

SE REQUIERE MAYOR IMPLICACIÓN PARA PREVENIR Y TRATAR LA DEPRESIÓN PRENATAL (DP) POR ELLO, EL PHQ-9 COMO INSTRUMENTO DE CRIBADO

La DP es un problema de salud pública. Disminuir su prevalencia es un reto que ha de afrontarse desde la sanidad pública para evitar sus efectos sobre la mujer embarazada y su descendencia con consecuencias obstétricas para ambos.

El PHQ-9 es un instrumento de cribado orientado específicamente a la detección de la depresión, detectando la presencia y la gravedad de los síntomas. Analiza tres factores: el cognitivo-afectivo, el somático y el factor relacionado con los síntomas del embarazo como llanto, agitación, cambios de sueño y apetito.

Conocer los síntomas y la gravedad es útil para diseñar programas de intervención minimizando por tanto los efectos adversos que la depresión prenatal puede tener en madres y bebés.

La DP no solo afecta en la gestación, tiene repercusiones después del parto afectando a la madre, al bebé y a la familia por lo que habría que incorporar a los hospitales protocolos de actuación (USPSTF, NICE, ACOG, OMS, APA) para que sensibilicen y formen a los profesionales sanitarios, favoreciendo la salud mental de las embarazadas, en consecuencia, la de sus bebés y parejas.

LECCIÓN APRENDIDA 4**SE ADVIERTEN DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PSICOSOCIALES ENTRE MUJERES ESPAÑOLAS E INMIGRANTES**

En España, la depresión prenatal tiene alta prevalencia y afecta de distinto modo a inmigrantes y españolas. No trabajar, tener menor nivel de estudios, no tener pareja afecta más a las inmigrantes. El estar insatisfechas con la relación de pareja, percibir que no tienen apoyo social, tanto a nivel emocional de confianza, poder contar con los apoyos o tener apoyo práctico hace más vulnerables a las inmigrantes a tener problemas emocionales. Para ellas el apoyo emocional de la familia es importante.

LECCIÓN APRENDIDA 5**MAYOR CONCIENCIACIÓN SOBRE EMBARAZO Y TABAQUISMO**

Sigue siendo alta la tasa de fumadoras durante el embarazo, y entre los factores psicosociales que se relacionan con el tabaquismo sigue siendo el bajo nivel educativo, la falta de trabajo y convivir con pareja y/o personas fumadoras. Este estudio no refleja que la ausencia de apoyo social sea un motivo para la conducta de fumar ni se encuentran complicaciones obstétricas en la madre ni en el recién nacido. Es importante el apoyo social para dejar de fumar y ante problemas obstétricos existe evidencia que hay repercusión en la madre, el feto y el recién nacido, por eso desde el ámbito de la salud pública se han de impulsar campañas de prevención para este colectivo y concienciar de la necesidad de un equipo multidisciplinar en el que tanto obstetras como matronas y psicólogos puedan proporcionar apoyo a estas mujeres para conseguir el objetivo de una vida sana sin humo.

LECCIONES APRENDIDAS	<p style="text-align: center;">LECCIÓN APRENDIDA 6</p> <p style="text-align: center;">PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN EL EMBARAZO Y COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS</p> <p>Hay factores que diferencian a las mujeres embarazadas, como son ser inmigrante o ser nativa. Pero hay otros muchos factores que afectan a todas, como es bajos ingresos, no tener trabajo, menor nivel educativo, problemas de pareja, falta de apoyo social. Esto puede llevar a afectar al embarazo si además hay síntomas de depresión, teniendo repercusión tanto en la salud obstétrica de la madre como del bebé, por ello, es importante que la mujer realice los controles prenatales y recibir atención hospitalaria adecuada. En España, tener una asistencia sanitaria universal en el embarazo es un factor de protección ante complicaciones obstétricas.</p>
LECCIONES APRENDIDAS	<p style="text-align: center;">LECCIÓN APRENDIDA 7</p> <p style="text-align: center;">LA SANIDAD UNIVERSAL AYUDA A QUE LOS PROBLEMAS OBSTÉTRICOS NO TENGAN GRANDES CONSECUENCIAS TANTO EN LA EMBARAZADA COMO EN EL BEBÉ</p> <p>En España, el acceso a la sanidad universal está garantizado para las mujeres embarazadas, ya sean nativas, legales o inmigrantes ilegales. El acceso a los hospitales españoles donde existe la atención universal hace que tengan la misma atención y por tanto un mayor control tanto en el embarazo como en el momento del parto. Esta situación favorece el cumplimiento de los Principios Bioéticos de Autonomía, Beneficencia, No maleficencia y Justicia.</p>

Cuadros de texto 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9. *Lecciones Aprendidas*

CLAVES DE FOCALIZACIÓN

FOMENTAR UN ENTORNO QUE DESARROLLE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE LA DP

Clave 1: GENERAR CONCIENCIA SOCIAL SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA DP

Incrementar el nivel de madurez organizativa en materia de salud mental materna de los centros públicos de atención primaria. Reforzar una “**cultura organizativa**” de **Colaboración, Cooperación, Tolerancia a fallos, Innovación, Calidad, Comunicación, Motivación y Afiliación.**

Clave 2: TENER MEDIOS Y ESPACIOS DE INTERCAMBIO QUE INCREMENTEN LAS POSIBILIDADES DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN.

PROMOVER DINÁMICAS DE AGREGACIÓN DE VALOR

Clave 3: PROMOVER EL COMPROMISO Y LA IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS, BUSCANDO UNA ATENCIÓN HOLÍSTICA A LO LARGO DE TODO EL EMBARAZO

Detectar factores de riesgo, realizando cribados universales. Promover intervenciones psicoeducativas durante el embarazo y hacer seguimiento durante la etapa posparto. Realizar investigaciones que aporten evidencias científicas para detectar, prevenir e intervenir en caso necesario.

Clave 4: ANIMAR A PROMOVER CULTURA DE PREVENCIÓN DE LA DP EN LOS CENTROS DE SALUD

Desde los centros públicos de salud se debería fomentar la implantación de equipos multidisciplinares para la atención a las mujeres embarazadas. Estos, deberían contar con guías de buenas prácticas basadas en la evidencia y evaluar el

impacto de sus resultados en estas mujeres, con los beneficios que puede tener tanto para ella como para el feto y el bebé. Por tanto, hacer planes de acción para dotar a los profesionales sanitarios y a los equipos de investigación de competencias técnicas y habilidades psicológicas que sepan mejorar la experiencia emocional de las gestantes y favorezcan el pensamiento y las conductas positivas entre las mujeres, cuidándose ellas mismas y cuidando al bebé que esperan.

Clave 5: PROMOVER ACCIONES PARA FAVORECER EL ACOMPAÑAMIENTO A LAS GESTANTES INMIGRANTES

En relación con la inmigración, el sistema sanitario español debería promover mediadores que asesoren y acompañen a las mujeres inmigrantes que no hablan español, para que puedan realizar los trámites y consultas médicas relacionadas con su embarazo, traduciendo, interpretando e informando de los recursos existentes, permitiendo a las madres tomar sus propias decisiones. Por esta razón, se debe apoyar a los profesionales sanitarios en la asistencia a las mujeres inmigrantes.

Clave 6: GENERAR CANALES PARA DIFUNDIR EL VALOR DE UNA ATENCIÓN PREVENTIVA DE LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN EL EMBARAZO

Dar oportunidad a los equipos de investigación a que compartan sus estudios en foros, tanto nacionales como internacionales, así como poder dar difusión en los medios de comunicación la importancia que tiene la salud tanto física como mental de la mujer embarazada por las implicaciones obstétricas tanto en la madre como en el bebé.

Cuadro de texto 10 *Claves de Focalización*

REFLEXIÓN FINAL

REFLEXIÓN FINAL

La sociedad cambia y esa exigencia repercute directamente en la necesidad o no de ser madre. La maternidad sigue apareciendo en la sociedad como la imagen idílica de una madre con su bebé saludable, pero no siempre es así, y las madres que no lo sienten de esta manera callan, por no parecer malas madres.

Cada vez son menos los riesgos obstétricos tanto en el embarazo, parto y puerperio gracias a la capacidad de respuesta y competencia técnica de los servicios sanitarios. Pero la calidad asistencial durante la gestación y los aspectos psicoeducativos todavía tienen que cambiar.

Ya no se considera el embarazo como un estado fisiológico que controlado no supondrá problemas de salud ni para la madre, ni para el feto o el recién nacido. Un estado en el que la embarazada es objeto de una serie de actuaciones para realizar una medicina preventiva.

La atención sanitaria a las embarazadas ha cambiado a lo largo de los años y ahora se le da importancia además de a los posibles riesgos obstétricos tanto de la madre como del bebé, a los psicosociales. Realizar una valoración psicosocial (historia social, hábitos, estilo de vida, factores psíquicos, medioambientales, violencia de género, apoyo social, inmigración) y poder identificar comportamientos y exposiciones a factores de riesgo como es el consumo de tabaco, el alcohol, debe formar parte de la asistencia prenatal a las mujeres, implantándose con fuerza en el entorno obstétrico. Es importante tener protocolos de prevención eficaces que prioricen la **SALUD MENTAL MATERNA Y EL BIENESTAR TANTO DE LA MADRE COMO DEL BEBÉ.**

Esos protocolos deben estar basados en las **RELACIONES EMPÁTICAS** entre los profesionales de la salud y las mujeres que necesitan de su asistencia.

Son necesarias **CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN, INFORMACIÓN Y DIFUSIÓN** para que la sociedad en general advierta la importancia de tener alta incidencia en depresión prenatal y aprenda a identificarla. La depresión es una enfermedad que requiere tratamiento y puede disminuir con una buena intervención, esto se ha de transmitir a la sociedad para su conocimiento.

Aunque hay una ley del tabaco, son necesarias campañas de **DIFUSIÓN, SENSIBILIZACIÓN E INFORMACIÓN** para que la sociedad general advierta de la importancia que tiene el tabaquismo por las consecuencias que tiene no solo para la madre, también para el feto y el recién nacido.

Se debe fomentar la participación de las personas del entorno, impulsándolas a demandar ayuda cuando la mujer no sea capaz de buscarla. Es importante hallar la forma de **SALVAR LAS BARRERAS** socioculturales, el miedo a la estigmatización, a los pensamientos negativos y a las conductas de autoabandono, que pueden llevar a una mujer embarazada al desarrollo de una depresión prenatal de mayor o menor gravedad.

Es imprescindible conocer los **FACTORES DE RIESGO** que hacen más vulnerables a las mujeres a desarrollar síntomas depresivos y a tener problemas obstétricos, por tanto, se han de disponer de **INSTRUMENTOS CONTRASTADOS** con los que poder realizar investigaciones que ayuden a comprender los motivos de la depresión.

Para cerrar, si se realiza un buen cribado o diagnóstico, las **INTERVENCIONES PREVENTIVAS** son técnicas fundamentales para que las mujeres puedan superar sus síntomas depresivos. Realizar adecuadamente una intervención psicoeducativa impulsará unos beneficios importantes para la madre, su bebé, la pareja y la familia, a corto, medio y largo plazo.

UNED

EIDUNED
Escuela
Internacional
de Doctorado

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

- Accortt, E. E., Cheadle, A. C. y Schetter, C. D. (2015). Prenatal depression and adverse birth outcomes: An updated systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 19(6), 1306-1337. [10.1007/s10995-014-1637-2](https://doi.org/10.1007/s10995-014-1637-2)
- Agostini, M. D., Morán, R., Cordano, C. y Garat, F. (2021). Utilidad de la ecografía y del eco-Doppler color en pacientes de alto riesgo obstétrico. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 6(2), 67-71. <https://doi.org/10.26445/06.02.10>
- Agudelo-Espitia, V., Parra-Sosa, B. E. y Restrepo-Mesa, S. L. (2019). Factores asociados a la macrosomía fetal. *Revista de Saúde Pública*, 53, 100. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001269>
- Aguilera, P. S. y Soothill, M. P. (2014). Control prenatal. *Revista médica clinica las condes*, 25(6), 880-886. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70634-0)
- Al-Azri, M., Al-Lawati, I., Al-Kamyani, R., Al-Kiyumi, M., Al-Rawahi, A., Davidson, R. y Al-Maniri, A. (2016). Prevalence and risk factors of antenatal depression among Omani women in a primary care setting: cross-sectional study. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 16(1), e35. [10.18295/squmj.2016.16.01.007](https://doi.org/10.18295/squmj.2016.16.01.007)
- Alcalá, L. E., Langa, A. I., Cobos, A. I. L., Pedraja, I. C., Díaz, N. G. y Espínola, R. Á. P. (2022). Síndrome de aspiración meconial en el recién nacido. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(6), 94. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-de-aspiracion-meconial-en-el-recien-nacido/>
- Al-Halabí, S., García-Haro, J., Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F. y Fonseca-Pedrero, E. (2021). Conducta suicida y periodo perinatal: entre el tabú y la incompreensión. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 161-169. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol.2963>
- Alhusen, J. L., Ayres, L. y DePriest, K. (2016). Effects of maternal mental health on engagement in favorable health practices during pregnancy. *Journal of midwifery and women's health*, 61(2), 210-216. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12407>

- 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. [10.1007/s00737-013-0357-8](https://doi.org/10.1007/s00737-013-0357-8)
- Alhusen, J. L., Gross, D., Hayat, M. J., Rose, L. y Sharps, P. (2012). The role of mental health on Maternal-Fetal attachment in Low-Income women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 41, E71-E81. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01385.x>
- Allred, S. K., Takwoingi, Y., Guo, B., Pennant, M., Deeks, J. J., Neilson, J. P. y Alfirevic, Z. (2015). First trimester serum tests for Down's syndrome screening. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011975>
- Almagiá, E. B. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>
- Álvarez-Guerra González, E., Hernández Díaz, D., Sarasa Muñoz, N. L., Limas Pérez, Y., Orozco Muñoz, C. y Artiles Santana, A. (2017). Biometría fetal: capacidad predictiva para los nacimientos pequeños según su edad gestacional. *Medicentro Electrónica*, 21(2), 112-119. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432017000200004&script=sci_arttext&tlng=pt
- Al-Hejji, Z., Al-Khudhair, M., Al-Musaileem, M. y Al-Eithan, M. (2019). Prevalence and associated risk factors of antenatal depression among women attending antenatal clinics in primary health care centers in the Ministry of Health in Al-Ahsa City, Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(12), 3900. [10.4103/jfmprc.jfmprc_724_19](https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_724_19)
- Álvarez Martín, J. M., Marín, J. B. y Millán, J. M. (2022). La relación entre el gradiente socioeconómico y el consumo de cigarrillos en España. *Adicciones*, 34(2), 94-109. <https://doi.org/10.20882/ADICCIONES.1403>
- Álvarez, M. R., Llorente, A. H. A. y del Llano Señarís, J. E. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *literatura*, 96, 12. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202205041.pdf
- Álvarez-Mon, MA, Vidal, C., Llaverro-Valero, M. y Ortuño, F. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. *Medicina-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5041-5051. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.012>

- American Pregnancy Association. Desproporción cefalopélvica. *Danforth's Obstetrics and Gynecology Ninth Ed. Scott, James R., et al Ch22*. <https://americanpregnancy.org/es/healthy-pregnancy/labor-and-birth/cephalopelvic-disproportion/?nowprocket=1>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2020). Tobacco and Nicotine Cessation During Pregnancy. (Committee Opinion No. 807). *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 221-229. [10.1097/AOG.0000000000003822](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003822)
- American College of Obstetricians y Gynecologists (ACOG, 2018a). Summary: Importance of Social Determinants of Health and Cultural Awareness in the Delivery of Reproductive Health Care (Committee Opinion, No. 729). *Obstetrics and Gynecology*, 131(1),198-199. [10.1097/AOG.0000000000002459](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002459)
- American College of Obstetrician and Gynecologist (ACOG, 2018b). Screening for perinatal depression. (Committee Opinion, No. 757) *Obstetrics and Gynecology*, 208-212. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2018/11/screening-for-perinatal-depression.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2009). Induction of Labor. (Practice Bulletin No. 107). *Obstetrics and Gynecology*, 114 (2 Part1), 386-397. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2006). Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. (Committee Opinion No. 343) *Obstetrics and Gynecology*, 108(2),469-477. [10.1097/00006250-200608000-00046](https://doi.org/10.1097/00006250-200608000-00046)
- American Psychological Association (APA, 2020). *Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.)*. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Anderson, F. M., Hatch, S. L., Comacchio, C. y Howard, L. M. (2017). Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Archives of women's mental health*, 20(3), 449-462. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0723-z>
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V) (Fifth Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- Austin, M. P. y Marcé Society Position Statement Advisory Committee. (2014). Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 28(1), 179-187. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.016>
- Ayerza, A. C. y Herraiz, N.E. (2015). Indicadores de salud perinatal: Diferencias entre la información registrada por el INE y la de los hospitales donde se atienden los nacimientos. *Revista Española de Salud Pública*, 89(1), 1-4. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000100001>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B. y Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria*, 34, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Banti, S., Mauri, M., Oppo, A., Borri, C., Rambelli, C., Ramacciotti, D., Montagnani, M.S., Camilleri, V., Cortopassi, S., Rucci, P. y Cassano, G. B. (2011). From the third month of pregnancy to 1 year postpartum. Prevalence, incidence, recurrence, and new onset of depression. Results from the Perinatal Depression–Research and Screening Unit study. *Comprehensive psychiatry*, 52(4), 343-351. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.08.003>
- Barrera Jr, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents. Assessment issues. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Social Networks and Social Support*, 69-96. Beverly Hills, CA:Sage.
- Beck, C. T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic y Neonatal Nursing*, 31(4), 394-402. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00061.x>
- Beck, C. T. (1998). The effects of postpartum depression on child development: A meta- analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(1), 12-20.
- Bennett, S. e Indman, P. (2019). *Beyond the blues: Understanding and treating prenatal and postpartum depression and anxiety*. Untreed Reads. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=MeV3EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=Bennett+and+Indman&ots=gDSzhG7GxF&sig=Ill_h9wUH0XDrx35vs89HrQXIFM#v=onepage&q=Bennett%20and%20Indman&f=false
- Blanco Arana, M. C. (2017). Pobreza y mortalidad infantil: determinantes socioeconómicos y políticas. *Tesis. Universidad de Málaga*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=157966>

- Blair, M. M., Glynn, L. M., Sandman, C. A. y Davis, E. P. (2011). Prenatal maternal anxiety and early childhood temperament. *Stress*, 14(6), 644-651. <https://doi.org/10.3109/10253890.2011.594121>
- Bonmatí-Tomás, A., Malagón-Aguilera, M. D. C., Bosch-Farré, C., Gelabert-Vilella, S., Juvinyà-Canal, D. y Garcia Gil, M. D. M. (2016). Reducing health inequities affecting immigrant women: a qualitative study of their available assets. *Globalization and Health*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0174-8>
- Botella, H. C. (2004). Maternidad, infancia y drogas: Implicaciones clínicas. *Adicciones*, 16(4), 309-328. <https://doi.org/10.20882/adicciones.395>
- Bouvier, D., Forest, J. C., Blanchon, L., Bujold, E., Pereira, B., Bernard, N., Gallot, D., Sapin, V. y Giguère, Y. (2019). Risk factors and outcomes of preterm premature rupture of membranes in a cohort of 6968 pregnant women prospectively recruited. *Journal of clinical medicine*, 8(11), 1987. <https://doi.org/10.3390/jcm8111987>
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678. <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Boyd, R. C., Mogul, M., Newman, D. y Coyne, J. C. (2011). Screening and Referral for Postpartum Depression among Low-Income Women: A Qualitative Perspective from Community Health Workers. *Depression research and treatment*, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2011/320605>
- Boyd, R. C., Zayas, L. H., y McKee, M. D. (2006). Mother-Infant Interaction, Life Events and Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms Among Urban Minority Women in Primary Care. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 139-148. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-005-0042-2>
- Brand, J. S., Gaillard, R., West, J., McEachan, R. R., Wright, J., Voerman, E., Felix, J.F., Tilling, K. y Lawlor, D. A. (2019). Associations of maternal quitting, reducing, and continuing smoking during pregnancy with longitudinal fetal growth: Findings from Mendelian randomization and parental negative control studies. *PLoS medicine*, 16(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002972>

- Branquinho, M., Rodriguez-Muñoz, M. F., Maia, B. R., Marques, M., Matos, M., Osma, J., Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Fonseca, A. y Voursoura, E. (2021). Effectiveness of psychological interventions in the treatment of perinatal depression: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of affective disorders*, 291, 294–306. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.010>
- Brot, C., Menard, J. P. y Bretelle, F. (2019). Infecciones cervicovaginales durante el embarazo: recomendaciones. *EMC-Ginecología-Obstetricia*, 55(1), 1-11. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(19\)41711-6](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(19)41711-6)
- Brown, T. J., Hardeman, W., Bauld, L., Holland, R., Maskrey, V., Naughton, F., Orton, S., Ussher, M. y Notley, C. (2019). A systematic review of behaviour change techniques within interventions to prevent return to smoking postpartum. *Addictive Behaviors*, 92, 236-243. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.12.031>
- Byatt, N., Xu, W., Levin, L. L. y Moore Simas, T. A. (2019). Perinatal depression care pathway for obstetric settings. *International Review of Psychiatry*, 31(3), 210-228. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1534725>
- California Task Force. (2017). *A Report from the California Task Force on the Status of Maternal Mental Health Care*. <https://static1.squarespace.com/static/56d5ca187da24ffed7378b40/t/5b40f84503ce641f98dbd329/1530984521889/Report-CATaskForce-7.18.pdf>
- Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., Puertas-Gonzalez, J. A., Quirós-Fernández, S., Coca-Guzmán, B. y Peralta-Ramirez, M. I. (2021). Matronas y profesionales de psicología ante el screening y prevención de estrés específico del embarazo. *Revista Española de Salud Pública*, 95(26), 12. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/C_ESPECIALES/RS95C_202104060.pdf
- Caparros-González R.A., Romero-González B., Strivens-Vilchez H., González-Pérez R., Martínez-Augustín O., Peralta-Ramírez M.I. (2017) Hair cortisol levels, psychological stress and psychopathological symptoms as predictors of postpartum depression. *PLoS ONE* 12(8): e0182817. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182817>

- Carro, M. G., Grant, K. E., Gotlib, I. H. y Compas, B. E. (1993). Postpartum depression and child development: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and Psychopathology*, 5(4), 567-579. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006167>
- Casini, S., Lucero Sáinz, G. A., Hertz, M. y Andina, E. (2002). Guía de control prenatal. Embarazo normal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 21(2). <https://www.redalyc.org/pdf/912/91221201.pdf>
- Castelao-Legazpi, P.C, Rodríguez-Muñoz, M.F., Le, H.N., Balbuena, C.S., Olivares, M.E. y Méndez, N.I. (2022). Ideación suicida: prevalencia y factores de riesgo durante el embarazo. *Partería*, 106, 103226. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103226>
- Castilla Vázquez, C. (2017). Mujeres en transición: la inmigración femenina africana en España. *Migraciones internacionales*, 9(2), 143-171. <https://doi.org/10.17428/rmi.v9i33.290>
- Ceballos-Martínez, I., Sandoval-Jurado, L., Jaimes-Mundo, E., Medina-Peralta, G., Madera-Gamboa, J. y Fernández-Arias, Y. F. (2010). Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(1), 71-74. <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745506013.pdf>
- Cleary-Goldman, J., Malone, F. D., Vidaver, J., Ball, R. H., Nyberg, D. A., Comstock, C. H., Saade, G.R., Eddleman, K.A., Klugman, S., Dugoff, L., Timor-Tritsch, I.E., Craigo, S.D., Carr, S.R., Wolfe, H.M., Bianchi, D.W., D'Alton, M. y FASTER Consortium. (2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstetrics and Gynecology*, 105(5 Part 1), 983-990. [10.1097/01.AOG.0000158118.75532.51](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000158118.75532.51)
- Cobas, P.L., Navarro, G.Y.E. y Mezquia, P.N. (2021). Índice pronóstico de bajo peso al nacer. *Revista Médica Electrónica*, 43(1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106409>
- Coll, C., Silveira, M., Bassani, D., Netsi, E., Wehrmeister, F. y Stein, A. (2016). Síntomas depresivos prenatales entre mujeres embarazadas: evidencia de un estudio de cohorte basado en la población del sur de Brasil. *Revista de trastornos afectivos*, 209. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.031>

- Contreras, M. O. y Bernal, J. E. (2013). Comprendiendo el cordón umbilical. *Patología Revista Latinoamericana*, 51, 200-205. https://www.researchgate.net/profile/Mercedes-Olaya-C/publication/257652259_Comprendiendo_el_cordon_umbilical/links/00463536d12b830489000000/Comprendiendo-el-cordon-umbilical.pdf
- Córdoba García, R. (2015). Prevalencia y mortalidad por tabaco en España. *Med. clín (Ed. impr.)*, 145(12), 532-533. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.06.003>
- Costas Moragas, C., Fornieles Deu, A., Botet Mussons, F., Boatella Costa, E. y de Cáceres Zurita, M. L. (2007). Evaluación psicométrica de la Escala de Brazelton en una muestra de recién nacidos españoles. *Psicothema*, 19(1), 140-149. <http://www.psicothema.es/pdf/3340.pdf>
- Croke, L. (2019). Gestational hypertension and preeclampsia: a practice bulletin from ACOG. *American family physician*, 100(10), 649-650. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/1115/p649.html>
- Cruz Melguizo, S. (2017). Evaluación del pesario cervical frente a progesterona vaginal para la prevención del parto pretérmino en gestaciones únicas con cuello acortado (estudio PESAPRO): ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado y controlado. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=153073>
- Cuesta, C. R. (2019). La salud en la mujer inmigrante; factores psicosociales y patologías más frecuentes. *Psicosomàtica y Psiquiatria*, (10). <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatnum1002>
- Cummings, E. M. y Kouros, C. D. (2011). Cummings, E. M. y Kouros, C. D. (2011). Maternal depression and its relationship to children's development and adaptation. In Encyclopedia on early childhood development. *Montreal: Centre of Excellence for Early Childhood Development*. <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/Cummings-KourosESPxp1.pdf>.
- Dadi, A. F., Miller, E. R., Bisetegn, T. A. y Mwanri, L. (2020). Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health*, 20(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8293-9>
- 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), 1-14. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0251-1>

- del Castillo Acuña, F.E. (2013). La migración de cuerpo y mano de obra femenina a Andalucía. El trabajo doméstico: una visión antropológica. En García Castaño, F.J. y Kressova, N. (Coord.) *Diversidad Cultural y Migraciones*. 65-82. Comares.
- Diego, M. A., Jones, N. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C. y Gonzalez-Garcia, A. (2006). Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosomatic Medicine*, 68(5), 747-753. [10.1097/01.psy.0000238212.21598.7b](https://doi.org/10.1097/01.psy.0000238212.21598.7b)
- DiCarlo, C. F., Onwujuba, C. y Baumgartner, J. I. (2014). Infant communicative behaviors and maternal responsiveness. Paper presented at the *Child and Youth Care Forum*, 43(2) 195-209. <https://doi.org/10.1007/s10566-013-9233-y>
- Dietz, P. M., Homa, D., England, L. J., Burley, K., Tong, V. T., Dube, S. R. y Bernert, J. T. (2011). Estimates of nondisclosure of cigarette smoking among pregnant and nonpregnant women of reproductive age in the United States. *American journal of epidemiology*, 173(3), 355-359. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq381>
- Dietz, L. J., Jennings, K. D., Kelley, S. A. y Marshal, M. (2009). Maternal depression, paternal psychopathology, and toddlers' behavior problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(1), 48-61. <https://dx.doi.org/10.1080%2F15374410802575362>
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K. y Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic medicine*, 63(4), 679-686. https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2001/07000/Validation_and_Utility_of_the_Patient_Health.21.aspx
- Dolbier, C. L. y Steinhardt, M. A. (2000). The development and validation of the sense of support scale. *Behavioral Medicine*, 25(4), 169-179. <https://doi.org/10.1080/08964280009595746>
- Emory, E. K. y Dieter, J. N. (2006). Maternal depression and psychotropic medication effects on the human fetus. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 287-291. <https://doi.org/10.1196/annals.1376.036>
- Escalante Bencomo, N. B. (2010). Enfermedades hepáticas propias del embarazo. *Gen*, 64(4), 373-380. http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0016-35032010000400025&script=sci_arttext

- Escribà-Agüir, V., Gonzalez-Galarzo, M. C., Barona-Vilar, C y Artazcoz, L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(5), 410-414. <http://www.jstor.org/stable/40665741>
- Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., van den Muijsenbergh, M., Soltani, H., et al. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLOS ONE*, 15(2), e0228378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>
- Faleschini, S., Millar, L., Rifas-Shiman, S. L., Skouteris, H., Hivert, M. F. y Oken, E. (2019). Women's perceived social support: associations with postpartum weight retention, health behaviors and depressive symptoms. *BMC women's health*, 19(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0839-6>
- Familiar, I., Ortiz-Panozo, E., Hall, B., Vieitez, I., Romieu, I., Lopez-Ridaura, R. y Lajous, M. (2015). Factor structure of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in Mexican women. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(1), 74-82. <https://doi.org/10.1002/mpr.1461>
- Fellmeth, G., Fazel, M. y Plugge, E. (2017). Migration and perinatal mental health in women from low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(5), 742-752. [10.1111/1471-0528.14184](https://doi.org/10.1111/1471-0528.14184)
- Field, T. (2018). Perinatal depression effects: A narrative review. *OA Journal of Pregnancy and Child Care* 1(1), 1-12. <https://doi.org/10.33118/oaj.preg.2019.01.003>
- Field, T. (2017). Prenatal depression risk factors, developmental effects and interventions: a review. *Journal of pregnancy and child health*, 4(1). [10.4172/2376-127X.1000301](https://doi.org/10.4172/2376-127X.1000301)
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: A review. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Schanberg, S. y Kuhn, C. (2007). Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.08.002>

- Field, T., Diego, M. y Hernandez-Reif, M. (2006). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behavior and Development*, 29(3), 445-455. doi: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.03.003>
- Field, T., Diego, M., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., y Bendell, D. (2004). Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior and Development*, 27(2), 216-229. doi: <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2003.09.010>
- Fisher, S. D., Wisner, K. L., Clark, C. T., Sit, D. K., Luther, J. F. y Wisniewski, S. (2016). Factors associated with onset timing, symptoms, and severity of depression identified in the postpartum period. *Journal of Affective Disorders*, 203, 111-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.063>
- Fivaz-Depeursinge, E., y Favez, N. (2006). Exploring triangulation in infancy: Two contrasted cases. *Family Process*, 45(1), 3-18. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2006.00077.x>
- Fonseca Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M.T., et al. (2021). Evidence-Based Psychological Treatments for Adults: A Selective Review. *Psicothema* 2021, 33, 188–197. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/17086>
- Fonseca, A., Ganho-Ávila, A., Lambregtse-van den Berg, M., Lupatelli, A., Rodriguez-Muñoz, M. F., Ferreira, P., Radoš, S. N. y Bina, R. (2020). Emerging issues and questions on peripartum depression prevention, diagnosis and treatment: A consensus report from the COST Action RISEUP-PPD. *Journal of Affective Disorders*, 274, 167–173 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.112>
- Fortner, R. T., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G. y Chasan-Taber, L. (2011). Risk factors for prenatal depressive symptoms among Hispanic women. *Maternal and child health journal*, 15(8), 1287-1295. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0673-9>
- Fransson, E., Ortenstrand, A., y Hjelmstedt, A. (2011). Antenatal depressive symptoms and preterm birth: a prospective study of a Swedish national sample. *Birth* 38(1), 10-16. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00441.x>
- Frías-Navarro, D. (2020). Herramientas para la redacción del informe de investigación. 7ª edición del *Manual de Publicación APA (American Psychological Association)*. <http://www.uv.es/friasnav/EscribirnumerosFormatoAPA.pdf>

- García-Esteve, L., Giménez, A. T., Gurrutxaga, M., García, P. N., Terrén, C. A., y Gelabert, E. (2014). Maternity, migration, and mental health: comparison between Spanish and Latina immigrant mothers in postpartum depression and health behaviors. IN S. Lara-Cinimoso y K.L. Wisner (Ed.), *Perinatal depression among Spanish-speaking and Latin American women*, 15,37. Springer, New York, NY.
- García, J. R., Pérez, S. L., Nasarre, M. O. y Carrera, C. B. (2020). Protocolo diagnóstico y tratamiento de la patología tiroidea en la mujer embarazada y en el posparto. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(13), 752-758. <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.07.007>
- García-Tizon Larroca, S., Arevalo-Serrano, J., Duran Vila, A., Pintado Recarte, MP, Cueto Hernandez, I., Solis Pierna, A., Lizárraga Bonelli, S. y de León-Luis, J. (2017). Índice de Desarrollo Humano (IDH) del país de origen materno como predictor de resultados perinatales-estudio longitudinal realizado en España. *Embarazo y parto BMC*, 17(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1515-1>
- García Utrera, S. y Guardiola, J. (2017). *La satisfacción con la vida de las personas extranjeras en España durante la crisis económica*. <http://dx.doi.org/10.14198/OBETS2017.12.1.03>
- Gaviria, S. L., Duque, M., Vergel, J. y Restrepo, D. (2019). Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 166-173. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.09.002>
- Gelaye, B., Kajeepeta, S. y Williams, MA (2016). Ideación suicida en el embarazo: una revisión epidemiológica. *Archivos de la salud mental de la mujer*, 19 (5), 741-751. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0646-0>
- Gere, M., Hagen, K., Villabo, M., Arnberg, K., Neumer, S. y Torgensen, S. (2013). Fathers' mental health as a protective factor in the relationship between maternal and child depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 30(1), 31-38. <https://doi.org/10.1002/da.22010>
- Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A. y Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of education and health promotion*, 9(60). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5561681/>

- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, MC, Lino, G., Lunardi, C., Svelto, V., Afhar, S., Bovani, R., Castellini, G. y Faravelli, C. (2012). Depresión y ansiedad en el período perinatal: prevalencia y factores de riesgo en una muestra italiana. *Archivos de la salud mental de la mujer*, 15 (1), 21-30. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0249-8>
- Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S. y Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 22(11), 1596-1602. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0333-y>
- Glazier, R., Elgar, F., Goel, V. y Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(3-4), 247-255. <https://doi.org/10.1080/01674820400024406>
- Glover, V. (2019). The effects of prenatal stress on child behavioural and cognitive outcomes start at the beginning. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. <https://www.child-encyclopedia.com/stress-and-pregnancy-prenatal-and-perinatal/according-experts/effects-prenatal-stress-child>
- Glover, V., O'Donnell, K. J., O'Connor, T. G. y Fisher, J. (2018). Prenatal maternal stress, fetal programming, and mechanisms underlying later psychopathology a global perspective. *Development and psychopathology*, 30(3), 843-854. [10.1017/S095457941800038X](https://doi.org/10.1017/S095457941800038X)
- Glover, V. (2015). Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: Possible underlying biological mechanisms. *Advances in neurobiology*, 10, 269-283. [10.1007/978-1-4939-1372-5_13](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1372-5_13)
- Goecke, T., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M., y Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre-and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(2), 309-316. [10.1007/s00404-012-2286-6](https://doi.org/10.1007/s00404-012-2286-6)
- Gómez, J., Lozadz, C. C. y Faneite, P. (2022). Integración de las pruebas de bienestar fetal anteparto: propuesta de un perfil biofísico fetal extendido. *Gac Méd Caracas*, 130(2), 246-265. https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Faneite/publication/361670262_Antepartum_fetal_wellbeing_tests_integration_A_proposal_for_an_extended_biophysical_profile/links/62bf12a90bf6950edea24cc2/Antepartum-fetal-wellbeing-tests-integration-A-proposal-for-an-extended-biophysical-profile.pdf

- Goodman, S., Tully, E., Connell, A., Hartman, C. y Huh, M. (2011). Measuring Children's Perceptions of Their Mother's Depression: The Children's Perceptions of Other's Depression Scale-Mother Version. *American Psychological Association*, 25(2), 163-173. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0023082>
- Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annual Review Clinical Psychology*, 3, 107-135. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091401>
- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C. L., Koren, G., Steiner, M., Mousmanis, P., Cheung, A., Radford, K., Martinovic, J. y Ross, L. E. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(4), 8615. [10.4088/jcp.12r07968](https://doi.org/10.4088/jcp.12r07968)
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S. y Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*, 67(10), 1012-1024. [doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.111](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111)
- Grotti, V., Malakasis, C., Quagliariello, C. y Sahraoui, N. (2018). Shifting vulnerabilities: gender and reproductive care on the migrant trail to Europe. *Comparative migration studies*, 6(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s40878-018-0089-z>
- Guadarrama, L., Escobar, A. y Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista Facultad Medicina UNAM*, 49(2), 66-72. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4447>
- Hall, W. A., Stoll, K., Hutton, E. K y Brown, H. (2012). A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 78. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-78>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451. <http://public-files.prbb.org/publicacions/17be6670-58a8-012a-a767-000c293b26d5.pdf>

- Henares Montiel, J., Ruiz-Pérez, I. y Sordo, L. (2020). Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 34, 114-119. <https://www.scielosp.org/article/gs/2020.v34n2/114-119/>
- Hernández, R. L., y Ramírez, M. T. G. (2014). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 16(2), 149-157. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/767>
- Hidalgo, M. J. C., Berral, J. E. A., Caro, M. C., Criado, M. C., Duro, J. G., Erce, J. A. G., Gredilla, E.D., Alba, C.J., Olivé, E.L., Muñiz, M. M. y Marcos, S. Z. (2022). Diagnóstico y tratamiento de la anemia por déficit de hierro en obstetricia y ginecología: resultados de una encuesta en España. *Obstetricia y Ginecología*, 169(25), 9. <https://sego.es/documentos/progresos/v65-2022/n2/Diagnostico%20y%20tratamiento%20de%20la%20anemia%20por%20deficit%20de%20hierro%20en%20obstetricia%20y%20ginecologia.pdf>
- Hoirisch-Clapauch, S., Brenner, B. y Nardi, A. E. (2015). Adverse obstetric and neonatal outcomes in women with mental disorders. *Thrombosis Research*, 135, S60-S63. [https://doi.org/10.1016/S0049-3848\(15\)50446-5](https://doi.org/10.1016/S0049-3848(15)50446-5)
- Hwa-Froelich, D. A., Loveland Cook, C. A. y Flick, L. H. (2008). Maternal sensitivity and communication styles: Mothers with depression. *Journal of Early Intervention*, 31(1), 44-66. <https://doi.org/10.1177/1053815108324754>
- Huber, M. O., Jiménez, M. R. y Largo, A. M. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa psicológica UST*, 12(1), 77-87. http://midap.org/wp-content/uploads/2015/04/Olhaberry-et-al._Depresi%C3%B3n-materna-perinatal-y-v%C3%ADnculo-madre-beb%C3%A9_consideraciones-cl%C3%ADnicas.pdf
- Ibáñez Masero, O. (2016). Estudio cualitativo de los factores relacionados con un control inadecuado del embarazo en mujeres inmigrantes y autóctonas en Huelva. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=54586>
- Ibarra-Yruegas, B., Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L. y Kawas Valle, O. (2018). Psychometric properties of the Postpartum Depression Predictors Inventory–Revised for pregnant women in Mexico. *Journal of health psychology*, 23(11), 1415-1423. <https://doi.org/10.1177/1359105316658969>

- Imaz, M. L., Navinés, R., Gelabert, E., Fonseca, F., Gutiérrez Zotes, A., Guillamat, R., Langohr, K., Canellas, F., Gornemann, I. Costas, J., Mayoral, F., Valles, V., de Diego, Y., Roca, M., Iborra, J.L., Gratacos, M., Viella, E., García-Esteve, L., Sanjuan, J., Torrens, M. Martín-Santos, R.L. (2020). Consumo de sustancias durante el embarazo y dimensiones de personalidad. *Adicciones*, 20(X),1-11. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1433>
- Informe Europeo de Salud Perinatal (2022). Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. https://www.europeristat.com/images/Euro-Peristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf
- Informe Europeo de Salud Perinatal (2015). Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. [EPHR2015_Euro-Peristat.pdf \(europeristat.com\)](https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2022). Movimiento Natural de la Población (MNP) Indicadores Demográficos Básicos (IDB) Año 2021. Datos provisionales. https://www.ine.es/prensa/mnp_2021_p.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2021a). Demografía de Europa elaborado por Eurostat (2021). Crecimiento de la inmigración. https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-3a.html?lang=es
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2021b). Tasas de Fecundidad según orden del nacimiento y nacionalidad (española/extranjera) y edad de la madre. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=29289&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020). Encuesta Europea de Salud en España del año 2020 y de la Encuesta Nacional de Salud del año 2017. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926698156&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019). Estadísticas del Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios https://www.ine.es/prensa/mnp_2019_p.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018). Encuesta de fecundidad. [Encuesta de Fecundidad 2018 Definitivos \(ine.es\)](https://www.ine.es/prensa/mnp_2018_p.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2017). Estadística de migraciones. https://www.ine.es/prensa/cp_2017_p.pdf

- Jadresic, M. E. (2014). Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6), 1019-1028. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70651-0)
- Jafari, A., Rajabi, A., Gholian-Aval, M., Peyman, N., Mahdizadeh, M. y Tehrani, H. (2021). National, regional, and global prevalence of cigarette smoking among women/females in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Environmental health and preventive medicine*, 26(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12199-020-00924-y>
- Jansen, K., Curra, A. R., Souza, L. D. D. M., Pinheiro, R. T., Moraes, I. G. D. S., Cunha, M. S. D. y Silva, R. A. D. (2010). Tobacco smoking and depression during pregnancy. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32, 44-47. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082010000200004>
- Janssen, A. B., Kertes, D. A., McNamara, G. I., Braithwaite, E. C., Creeth, H. D., Glover, V. I. y John, R. M. (2016). A role for the placenta in programming maternal mood and childhood behavioural disorders. *Journal of Neuroendocrinology*, 28(8). <https://doi.org/10.1111/jne.12373>
- Joseph, H. M., Emery, R. L., Bogen, D. L. y Levine, M. D. (2017). The influence of smoking on breast feeding among women who quit smoking during pregnancy. *Nicotine and tobacco research*, 19(5), 652-655. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw254>
- Junge, C., Garthus-Niegel, S., Slinning, K., Polte, C., Simonsen, T. B. y Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of perinatal depression on children's social-emotional development: a longitudinal study. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), 607-615. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2146-2>
- Khashan, A., Everard, C., McCowan, L., Dekker, G., Moss-Morris, R., Baker, P., Poston, L., Walker, J. y Kenny, L. (2014). Second-trimester maternal distress increases the risk of small for gestational age. *Psychological Medicine*, 44(13), 2799-2810. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000300>
- King, L., Feeley, N., Gold, I., Hayton, B., y Zelkowitz, P. (2019). The healthy migrant effect and predictors of perinatal depression. *Women and Birth*, 32(3), e341-e350. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.017>

- Kordi, M., Vahed, A., Rezaee Talab, F., Mazloun, S. R. y Lotfalizadeh, M. (2017). Anxiety during pregnancy and preeclampsia: a case-control study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 5(1), 814-820. [10.22038/JMRH.2016.7881](https://doi.org/10.22038/JMRH.2016.7881)
- Krauskopf, V. y Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.004>
- Kroenke, K. y Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric annals*, 32(9), 509-515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lagadec, N., Steinecker, M., Kapassi, A., Magnier, A.M., Chastang, J., Roberto, S., Gaouaou, N. y Ibanez, G. (2018) "Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review." *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2087-4>
- Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., Yoo, H., Marcus, S.M., Davis, M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 202, 5–14. [10.1016/j.ajog.2009.09.007](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007)
- Lange, S., Probst, C., Rehm, J. y Popova, S. (2018). National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 6(7), e769-e776. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30223-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30223-7)
- Lartigue, T., Maldonado-Durán, J. M., González-Pacheco, I. y Saucedo-García, J. M. (2008). Depresión en la etapa perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(2), 111-131. <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Depresionenlaetapaperinatal.pdf>
- Latorre, L. G. (2011). Control del embarazo, asistencia al parto y resultados perinatales de las mujeres inmigrantes en relación con su país de origen y tiempo de permanencia en nuestro país. Diferencias con las mujeres españolas. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 3(3). <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/709>

- Lee, H. Y. y Hans, S. L. (2015). Prenatal depression and young low-income mothers' perception of their children from pregnancy through early childhood. *Infant Behavior and Development*, 40, 183-192. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.06.008>
- Leis, P. R. y Gallegos, R. F. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana. *Ansiedad y estrés*, 24(2-3), 67-72. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.03.003>
- Lefkovic, E., Baji, I. y Rigó, J. (2014). Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Mental Health Journal*, 35(4), 354-365. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21450>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Liu, S. I., Yeh, Z. T., Huang, H. C., Sun, F. J., Tjung, J. J., Hwang, L. C., Shih, Y.H. y Yeh, A. W. C. (2011). Validation of Patient Health Questionnaire for depression screening among primary care patients in Taiwan. *Comprehensive psychiatry*, 52(1), 96-101. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.04.013>
- López, A. D., Collishaw, N. E. y Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco control*, 3(3), 242-247. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1759359/pdf/v003p00242.pdf>
- Löwe B, Kroenke K, Herzog W y Gräfe K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of affective disorders* 81(1), 61-66. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00198-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00198-8)
- Manual MSD. *Polihidramnios*. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/polihidramnios>
- Manual MSD. *Posición y presentación anómalas del feto*. [POSICIÓN Y PRESENTACIÓN ANÓMALAS DEL FETO - Salud femenina - Manual MSD versión para público general \(msmanuals.com\)](https://www.msmanuals.com/es-es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/posicion-y-presentacion-anomala-del-feto)
- Manzur, A.Y. (2010). Aborto recurrente. *Revista Médica los Condes*, 21(3), 416-423. [10.1016/S0716-8640\(10\)70553-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70553-8)

- Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., Soto Balbuena, C., Olivares Crespo, M. E., Izquierdo Méndez, N., Le, H. N. y Escudero Gomis, A. (2020). The prevalence and risk factors for antenatal depression among pregnant immigrant and native women in Spain. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(6), 564-575. <https://doi.org/10.1177/1043659619891234>
- Marcos-Nájera, R., Le, H. N., Rodríguez-Muñoz, M. F., Crespo, M. E. O., y Mendez, N. I. (2018). The structure of the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant women in Spain. *Midwifery*, 62, 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.011>
- Marcos-Nájera, R., Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., Izquierdo-Méndez, N., Olivares-Crespo, M. E. y Soto, C. (2017). Depresión perinatal: rentabilidad y expectativas de la intervención preventiva. *Clínica y Salud*, 28(2), 49-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.001>
- Martínez de Villarreal, L. E. (2008). Programación fetal de enfermedades expresadas en la etapa adulta. *Medicina universitaria*, 10(39), 108-113. de: <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/8853>
- Martínez Herreros, M. C., Rodríguez Muñoz, M. F., Izquierdo Méndez, N. y Olivares Crespo, M. E. (2022). Psychological, Psychosocial and Obstetric Differences between Spanish and Immigrant Mothers: Retrospective Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11782. [10.3390/ijerph191811782](https://doi.org/10.3390/ijerph191811782)
- Martínez, J.G., de la Cruz, M.A., Sánchez, Z.F., del Río Romero, I., Bonal, Z.N., Ballarín, P.P. y Garrido, M.P. (2021) ¿Es la nacionalidad de la paciente un factor influyente en el proceso de embarazo, parto y puerperio? *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 48(2), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.01.003>
- Maxson, P. J., Edwards, S. E., Ingram, A. y Miranda, M. L. (2012). Psychosocial differences between smokers and non-smokers during pregnancy. *Addictive behaviors*, 37(2), 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.08.011>
- Mendoza, R., Morales-Marente, E., Palacios, M. S., Rodríguez-Reinado, C., Corrales-Gutiérrez, I. y García-Algar, Ó. (2020). Consejo sanitario sobre el consumo de alcohol en embarazadas de Sevilla (España). *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 449-458. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.11.008>

- Mental Health América. (2008). La depresión materna. Marcando la diferencia a través de la acción de la comunidad: una guía de planeamiento. *U.S. Department of Health and Human Services*, 1,8.
http://www.mentalhealthamerica.net/sites/default/files/Maternal_Action_Guide_Sp_en_espanol11.pdf
- Mezulis, A. H., Hyde, J. S. y Clark, R. (2004). Father involvement moderates the effect of maternal depression during a child's infancy on child behavior problems in kindergarten. *Journal of Family Psychology*, 18(4), 575. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0893-3200.18.4.575>
- Míguez, M. C.V. (2022). Abordaje del consumo de tabaco en el período perinatal. En Rodríguez-Muñoz, M.F. y Caparros-Gonzalez (Coord.). *Psicología perinatal en entornos de salud*, 369-386. Pirámide.
- Míguez, M. C.V. y Vázquez, M. B. (2021). Risk factors for antenatal depression: A review. *World Journal of Psychiatry*, 11(7), 325. [10.5498/wjp.v11.i7.325](https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i7.325)
- Míguez, M. C.V. y Pereira, B. (2021). Repercusiones del consumo de tabaco activo y/o pasivo en el embarazo y postparto. *Anales de Pediatría*, 95(2), 222-232.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.07.029>
- Míguez, M.C.V., Pereira, B., Pinto, T.M., y Figueiredo, B. (2019) Continued tobacco consumption during pregnancy and women's depression and anxiety symptoms. *Int J Public Health*, 64, 1355–1365. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01308-y>
- Míguez, M.C.V. y Pereira, B. (2018). Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano. *Revista española de salud pública*, 92.
<https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e201805029/es/>
- Míguez, M. C.V., Pereira, B. y Figueiredo, B. (2017). Tobacco consumption and spontaneous quitting at the first trimester of pregnancy. *Addictive Behaviors*, 64, 111-117.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.08.034>
- Milgrom, J., Holt, C., Holt, C. J., Ross, J., Ericksen, J. y Gemmill, A. W. (2015). Feasibility study and pilot randomised trial of an antenatal depression treatment with infant follow-up. *Archives of Women's Mental Health*, 18(5) 717-730. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0512-5>

- Milgrom, J. y Gemmill, AW (2014). Detección de depresión perinatal. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 28(1), 13-23. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.014>
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericsen. J., Ellwood. D. y Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Ministerio de Sanidad (2022). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021*. Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Informe anual del Sistema Nacional de Salud
- Ministerio de Sanidad (2018). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2015-2017*. Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Informe Anual del SNS 2018
- Ministerio de Sanidad (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2017*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud (2016). https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/Informe_Anuar_SNS_2016_completo.pdf
- Monk, C., Foss, S., Desai, P. y Glover, V. (2020). Fetal exposure to mother's distress. En R.M. Quatraro y P. Grussu (eds.), *Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice*. Routledge.
- Moriana, J. A. y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(2), 81-100. <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2011-16-2-6000/Documento.pdf>
- Moysén, J. S., López, B. E. C., López, Y. M. y Güereca, M. D. S. P. (2015). Embarazo, ambiente y neurodesarrollo infantil. *Neurodesarrollo infantil: diversas aproximaciones teóricas y aplicativas*, 13. https://www.researchgate.net/profile/Jaime-Salvador-Moysen/publication/318169889_Embarazo_ambiente_y_neurodesarrollo_infantil/links/595bf63e0f7e9bf415b4a553/Embarazo-ambiente-y-neurodesarrollo-infantil.pdf
- Muñoz, R. F. (2019). *Prevent depression in pregnancy to boost all mental health*. <https://www.nature.com/articles/d41586-019-03226-8>

- Muñoz, H., Copado, Y., Díaz, C., Muñoz, G., Enríquez, G. y Aguilera, S. (2016). Diagnóstico y manejo prenatal de patología cardíaca fetal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(4), 447-475. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.07.006>
- Muzik, M., Marcus, S. M., Heringhausen, J. E. y Flynn, H. (2009). When depression complicates childbearing: Guidelines for screening and treatment during antenatal and postpartum obstetric care. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(4), 771-778. [10.1016/j.ogc.2009.10.006](https://doi.org/10.1016/j.ogc.2009.10.006)
- Murray, D., Cox, J. L., Chapman, G. y Jones, P. (1995). Childbirth: Life Event or Start of a Long-Term Difficulty? Further Data from the Stoke-on-Trent Controlled Study of Postnatal Depression. *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), 595-600. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.5.595>
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NIH, 2022). *Trombocitopenia*. <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/trombocitopenia>
- National Institute of Health (NIH, 2021) ¿Cuáles son algunas complicaciones comunes del embarazo? <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/complicaciones>
- National Institute of Mental Health (NIH, 2020). La depresión en las mujeres: 5 cosas que usted debe saber. *National Institute of Mental Health*. [La depresión en las mujeres: 5 cosas que usted debe saber \(nih.gov\)](https://www.nimh.nih.gov/es/la-depresion-en-las-mujeres-5-cosas-que-usted-debe-saber)
- National Institute of Health (NIH, 2015). Preeclampsia y eclampsia: Información sobre la enfermedad. <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preeclampsia/informacion>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2021). Antenatal care. *NICE Guideline, No. 201*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573778/>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. *Leicester UK: British Psychological Society*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Neira Varillas, M. R. y Donaires Toscano, L. F. (2019). Sífilis materna y complicaciones durante el embarazo. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 80, No. 1, pp. 68-72). UNMSM. Facultad de Medicina. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15875>

- O'Connor, T. G., Caprariello, P., Blackmore, E. R., Gregory, A. M., Glover, V., Fleming, P., y ALSPAC Study Team. (2007). Prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and toddlerhood. *Early Human Development*, 83(7), 451-458. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2006.08.006>
- Ogbo, F. A., Eastwood, J., Hendry, A., Jalaludin, B., Agho, K. E., Barnett, B. y Page, A. (2018). Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1598-x>
- Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M. P., Farkas, C., Rojas, G. y Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 31(2), 249-261. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000300002>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). <https://www.iom.int/es/sobre-la-migracion>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022a). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022b). *Tabaco*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021a) *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021b). *Hipertensión*. https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2021c). Depresión. World Health Organization. [Depresión \(who.int\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression).
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019). *Mortalidad materna*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018a). *Género y salud* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018b). Nacimientos prematuros. [Nacimientos prematuros \(who.int\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-births)

- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015a). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
- Organización Mundial de la Salud. (2015b). *Pensamiento saludable: un manual para el manejo psicosocial de la depresión perinatal, ensayo de campo genérico de la OMS, versión 1.0*, 2015.
 Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). *Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.5#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,a%20corto%20y%20largo%20plazo>.
- Organización mundial de la salud (OMS, 2013). *WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy*. World Health Organization.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94555/9789241506076_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Método madre canguro: guía práctica*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43083>
- Oso, L. (2018). *Mujeres migrantes en España: bastiones de resistencia tras la crisis económica*. *Anuario CIDOB de la inmigración*, 130-143.
<https://doi.org/10.24241/AnuarioCIDOBInmi.2018.130>
- Pampaka, D., Papatheodorou, S. I., AlSeaidan, M., Al Wotayan, R., Wright, R. J., Buring, J.E., Douglas, D.W. y Christophi, C. A. (2018). *Depressive symptoms and comorbid problems in pregnancy-results from a population based study*. *Journal of Psychosomatic Research*, 112, 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.06.011>
- Pascual, C.P., Pinedo, I.A., Grandes, G., Cifuentes, M.E., Inda, I.G y Gordon, J.P. (2016). *Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal*. *Aten Primaria*. 48(10) 657-664.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671630066X>

- Perín, F., del Rey, M. R. V., Bronte, L. D., Menduiña, Q. F., Nuñez, F. R., Arguelles, J. Z., de la Calzada D. G., Marin, S.T., Malfaz, F.C. y Izquierdo, A. G. (2014). Bradicardia fetal: estudio multicéntrico retrospectivo en 9 hospitales españoles. In *Anales de Pediatría* 81(5), 275-282). Elsevier Doyma. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.12.020>
- Pereira, B., Figueiredo, B., Pinto, T. M. y Míguez, M. C. (2020). Effects of tobacco consumption and anxiety or depression during pregnancy on maternal and neonatal health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8138. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218138>
- Pereira, B., y Míguez. M.C. (2020) Investigación sobre el consumo de tabaco en el embarazo y postparto. En J. Lira-Mandujano, S.E. Cruz-Morales y M.E. Medina-Mora. *Cigarrillos y nuevos productos de tabaco: ¿Nuevas problemáticas?* 183-205. FES-Iztacala, UNAM; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Pereira, A. T., Marques, M., Soares, M. J., Maia, B. R., Bos, S., Valente, J., Nogueira, V., Roque, C., Madeira, N. y Macedo, A. (2014). Profile of depressive symptoms in women in the perinatal and outside the perinatal period: similar or not? *Journal of affective disorders*, 166, 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.008>
- Pérez, M.M., Basain, V.J.M., Calderón, C.G.C. (2018). Factores de riesgo del bajo peso al nacer. *Acta Médica Centro*, 12(3), 369-382. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81362>
- Petersen, J. J., Paulitsch, M. A., Hartig, J., Mergenthal, K., Gerlach, F. M. y Gensichen, J. (2015). Factor structure and measurement invariance of the Patient Health Questionnaire-9 for female and male primary care patients with major depression in Germany. *Journal of affective disorders*, 170, 138-142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.053>
- Pinto-Meza, A., Serrano-Blanco, A., Penarrubia, M. T., Blanco, E. y Haro, J. M. (2005). Assessing depression in primary care with the PHQ-9: can it be carried out over the telephone? *Journal of general internal medicine*, 20(8), 738-742. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0144.x>
- Ponce de León-Galarza, M. Y. (2019). Indicadores clínico-epidemiológicos materno-fetales de atonía uterina en púerperas post cesárea primaria en una clínica privada de agosto 2017-agosto 2018. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(2), 82-88. <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19.n2.2072>

- Prieto, F., Portellano, J. A. y Martínez-Orgado, J. A. (2019). Ansiedad materna prenatal, desarrollo psicológico infantil y reactividad del eje HPA en bebés de 2 a 3 meses de edad. *Clínica y Salud*, 30(1), 23-33. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2019a5>
- Puckering, C. (1989). Maternal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(6), 807-817. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00284.x>
- Quezada, V. y Santelices, M. P. (2010). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 53-61. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-05342010000100005
- Ramírez, J. J. A., Navarro, B. P., García, F. S. M. y de Zarate, T. M. A. O. (2017). Detección y manejo de las alteraciones del crecimiento fetal en España. Encuesta nacional. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 60(4), 306-313. https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n4/01_CIR_SESEGO_SEMEPE.pdf
- Ray, K. L. y Hodnett, E. D. (2001). Caregiver support for postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000946>
- Raghavan, V., Khan, H. A., Seshu, U., Rai, S. P., Durairaj, J., Aarthi, G., Sangeetha, C., John S. y Thara, R. (2021). Prevalence and risk factors of perinatal depression among women in rural Bihar: A community-based cross-sectional study. *Asian Journal of Psychiatry*, 56, 102552. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102552>
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16/con>
- Records, K., Rice, M, Beck, C.T. (2007). Psychometric assessment of the postpartum depression predictors inventory-revised. *Journal of Nursing Measurement*, 15(3), 189-202. <https://doi.org/10.1891/106137407783095775>
- Redinger, S., Norris, S. A., Pearson, R. M., Richter, L. y RoCHAT, T. (2018). First trimester antenatal depression and anxiety: prevalence and associated factors in an urban population in Soweto, South Africa. *Journal of developmental origins of health and disease*, 9(1), 30-40. [10.1017/S204017441700071X](https://doi.org/10.1017/S204017441700071X)

- Reyes Gonzalez, V. A. (2018). Asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo. Instituto Nacional Materno Perinatal, junio–julio, 2017. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/8652>
- Riquelme, J. B., Navarro, M. D. F., Soler, M. P. y Negron, P. M. (2019). Escala de satisfacción con la vida: Propiedades psicométricas de inmigrantes en España. *Revista de ciencias sociales*, 25(1), 130-142. [Escala de satisfacción con la vida: propiedades psicométricas de inmigrantes en España - Dialnet \(unirioja.es\)](#)
- Rodríguez Atencio, J. (2021). *Diferencias en las vivencias del parto entre mujeres españolas y mujeres extranjeras que viven en España* (Bachelor's thesis). https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/698281/rodriguez_atencio_joannatfg.pdf?sequence=1
- Rodríguez-Muñoz, M.F., Castelao, P.C.L. y Kovacheva, K. (2022). Depresión perinatal. En M.F. Rodríguez-Muñoz y R.A. Caparros Gonzalez (coords), *Psicología perinatal en entornos de salud* (pp. 21-37). Editorial Pirámide.
- Rodríguez-Muñoz, M.F., Huynh-Nhu, L., Lara, M.A.C. y Jaffe, A. (2019). Depresión perinatal. En M.F. Rodríguez-Muñoz (coord.), *Psicología Perinatal. Teoría y práctica* (pp. 25-54). Pirámide.
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Le, H. N., de la Cruz, I. V., Crespo, M. E. O. y Méndez, N. I. (2017a). Feasibility of screening and prevalence of prenatal depression in an obstetric setting in Spain. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 215, 101-105. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.06.009>
- Rodríguez-Muñoz, M.F., Vallejo, L., Olivares, M.E., Izquierdo, N., Soto, C. y Le, H.N. (2017b). Propiedades psicométricas del inventario de predictores de depresión posparto-revisado-versión-prenatal en una muestra española de mujeres embarazadas. *Revista Española de Salud Pública*, 91, 20-47. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100422&lng=es
- Rodríguez-Muñoz, M.F., Legazpi, P. C. C., Crespo, M. E. O., Balbuena, C. S., Méndez, N. I., Barrientos, F. J. F. y Huynh-Nhu, L. (2017c). PHQ-2 como primer instrumento de cribado de la depresión prenatal. *Revista Española de Salud Pública*, 91, 1-8. <https://www.redalyc.org/pdf/170/17049838006.pdf>

- Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., Olivares, M. E., Izquierdo, N., Soto, C. y Huynh-Nhu, L. (2016). Prevención de la depresión perinatal. *Clínica y Salud*, 27(3), 97-99. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.10.001>
- Rodríguez-Testal, J. F., Senín-Calderón, C. y Perona-Garcelán, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 221-231. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.05.002>
- Rodrigo, A. (2015). Complicaciones del cordón umbilical. *Reproducción Asistida ORG*. <https://www.reproduccionasistida.org/complicaciones-del-cordon-umbilical/>
- Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M. y Arranz F. E. (2015). Vínculo materno-fetal: Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos De Psicología (Internet)*, 8(2), 14-23. <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v8n2/revision2.pdf>
- Rueda, B. y Alemán, J. F. (2015). Anxiety and Depression in Hypertensive Women: Influence on Symptoms and Alexithymia. *Archives of Clinical Hypertension*, 1(1), 010-016. <http://dx.doi.org/10.17352/ach.000003>
- Ruiz, C. T. (2017). Impacto psicológico en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Una revisión de la literatura (Trabajo Fin de Grado en Enfermería). *Escoles Universitàries Gimbernat i Tomàs Cerdà, San Cugat del Vallés. Barcelona*. <https://eugdspace.eug.es/handle/20.500.13002/470>
- Sabartés Fortuny, R., Xercavins Montosa, J. y Pascual Martínez, M. Á. (2013). Historia clínica electrónica en un departamento de obstetricia, ginecología y reproducción. *Tesis doctoral*. <https://www.tdx.cat/handle/10803/117304>
- Sakamoto, J. L., Carandang, R. R., Kharel, M., Shibanuma, A., Yarotskaya, E., Basargina, M. y Jimba, M. (2022). Effects of mHealth on the psychosocial health of pregnant women and mothers: a systematic review. *BMJ open*, 12(2), e056807. [10.1136/bmjopen-2021-056807](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056807)
- Salas, M. P., Cobalea, M. E. y González, E. L. (2021). Macrosomía fetal: factores de riesgo y resultados perinatales. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 48(3), 100637. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.09.003>
- Sánchez López, M. I., Llabata Carabal, P. y Garrigós Almerich, E. (2018). Perfil perinatal asociado a los estados hipertensivos del embarazo. *Enfermería Nefrológica*, 21(3), 285-291. <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842018000300011>

- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of clinical and health psychology*, 3(1) 141-157. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-65.pdf
- Santiago-Pérez, M. I., Pérez-Ríos, M., Malvar Pintos, A. y Hervada Vidal, X. (2020). Consumo de tabaco en el embarazo: prevalencia y factores asociados al mantenimiento del consumo. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201907034. <https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201907034/>
- Schmidt, E. B. y Argimon, I. I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19(43), 211-220. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2009000200009>
- Serrano, J. J., De La Torre, A. J., Muñoz, M. D. C., y Arjona, J. E. (2009). Incidencia y características epidemiológicas del crecimiento intrauterino restringido en el Hospital Universitario Reina Sofía. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 36(6), 209-214. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2009.05.002>
- Sieminska, A. y Jassem, E. (2014). The many faces of tobacco use among women. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 20, 153. [10.12659/MSM.889796](https://doi.org/10.12659/MSM.889796)
- Siegel, D. J., y Hartzell, M. (2013). *Parenting from the inside out: How a deeper self-understanding can help you raise children who thrive* TarcherPerigee. [Parenting from the Inside Out: How a Deeper Self-Understanding Can Help You ... - Daniel J. Siegel MD, Mary Hartzell - Google Libros](https://books.google.com/books?id=9v8pDwAAQAAJ)
- Silver, R. M. (2015). Abnormal placentation: placenta previa, vasa previa, and placenta accreta. *Obstetrics and Gynecology*, 126(3), 654-668. [10.1097/AOG.0000000000001005](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001005)
- Smith, M. L., Sanchez, S. E., Rondon, M., Gradus, J. L., y Gelaye, B. (2020). Validation of the patient health questionnaire-9 (PHQ-9) for detecting depression among pregnant women in Lima, Peru. *Current Psychology*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00882-2>
- Smith, M. V., Shao, L., Howell, H., Lin, H. y Yonkers, K. A. (2011). Perinatal depression and birth outcomes in a healthy start project. *Maternal and Child Health Journal*, 15(3), 401-409. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-010-0595-6>

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2020). Trastornos hipertensivos en la gestación. <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO,2018). Control prenatal del embarazo normal. *Prog. obstet. ginecol. (Ed. impr.)*, 61(5), 510-527. https://sego.es/documentos/progresos/v61-2018/n5/GAP_Control%20prenatal%20del%20embarazo%20normal_6105.pdf
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2017). Cesárea y tocurgia en la obstetricia actual. *Prog. obstet. ginecol. (Ed. impr.)*, 60(5), 411-413. https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n5/00_editorial_05.pdf
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2016). Defectos de crecimiento fetal tardío: manejo prenatal y resultados perinatales en el ámbito de un hospital de nivel II. https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n6/02_DEFECTOS_DE_CRECIMIENTO_FETAL_TARDiO_MANEJO_PRENATAL.pdf
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2014). Amenaza de parto pretérmino. 1-21. <https://sego.es/documentos/gap/3-PDF-Amenaza-de-parto-pretermino21.pdf>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Grupo de Trabajo (SEGO, 2013). Guía de práctica clínica: Diagnóstico prenatal de los defectos congénitos. Cribado de anomalías cromosómicas. *Diagnóstico Prenatal*, 24(2), 57-72. <https://doi.org/10.1016/j.diapre.2012.06.013>
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2010). Protocolos asistenciales en Obstetricia y Ginecología. *Control Prenatal del Embarazo Normal*. www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0304501310004589-S300
- Sontag-Padilla, L., Schultz, D., Reynolds, K. A., Lovejoy, S. L. y Firth, R. (2013). *Maternal Depression: Implications for Systems Serving Mother and Child*. RAND Corporation. <https://www.jstor.org/stable/10.7249/j.ctt5hhtwv>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group y Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*, 282(18), 1737-1744. [10.1001/jama.282.18.1737](https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737)

- Spoozak, L., Gotman, N., Smith, M. V., Belanger, K. y Yonkers, K. A. (2009). Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy. *Journal of affective disorders*, 114(1-3), 216-223. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.015>
- STROBE (STrengthenig the Reporting of observational Studies in Epidemiology). <https://www.strobe-statement.org/checklists/>
- Suazo-Flores, D., Saez-Carrillo, K. y Cid-Aguayo, M. (2021). Relación entre características sociodemográficas, obstétricas y psicosociales con el desenlace del parto prematuro en un hospital de alta complejidad. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(5), 444-454. <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000025>
- Sugiura-Ogasawara, M., Furukawa, T. A., Nakano, Y., Hori, S., Aoki, K., y Kitamura, T. (2002). Depression as a potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters. *Human Reproduction*, 17(10), 2580-2584. <https://doi.org/10.1093/humrep/17.10.2580>
- Svanberg, P., Mennet, L. y Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 3. <https://doi.org/10.1177/1359104510367584>
- Taylor, L., Claire, R., Campbell, K., Coleman-Haynes, T., Leonardi-Bee, J., Chamberlain, C., Berlin, I., Davey M., Cooper, S. y Coleman, T. (2020). Fetal safety of nicotine replacement therapy in pregnancy: systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 116(2), 239-277. <https://doi.org/10.1111/add.15185>
- Thompson, O. y Ajayi, I. (2016). Prevalence of antenatal depression and associated risk factors among pregnant women attending antenatal clinics in Abeokuta North Local Government Area, Nigeria. *Depression research and treatment*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/4518979>
- Torres-Espínola, F.J., Escudero-Marín, M. y Campoy, C.F. (2021). Capítulo 8. Preeclampsia y programación temprana. En Caparros-Gonzalez (Coord.). *Programación fetal*, 143-155. Pirámides.
- Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Cortaza-Ramírez, L. y Alfonso-Gutiérrez, L. (2018). Factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres mexicanas: análisis comparado en tres Estados. *Enfermería universitaria*, 15(3), 226-243. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.3.65987>

- UCSan Diego Health. Anatomía: el feto en el útero. [https://myhealth.ucsd.edu/RelatedItems/85,P04287#:~:text=Saco%20amni%C3%B3tico,est%C3%A1%20el%20feto%20\(amnios\)](https://myhealth.ucsd.edu/RelatedItems/85,P04287#:~:text=Saco%20amni%C3%B3tico,est%C3%A1%20el%20feto%20(amnios))
- US Preventive Services Task Force (USPSTF) (2016). Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 315(4), 380-387. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>
- Valencia-Rincón, E., Reyna-Villasmil, E., Torres-Cepeda, D., Mejia-Montilla, J., Reyna-Villasmil, N., Fernández-Ramírez, A. y Rondon-Tapia, M. (2017). Disminución de los movimientos fetales y resultante perinatal en embarazos a término. *Avances en Biomedicina*, 6(2), 98-104. <https://www.redalyc.org/journal/3313/331355420002/331355420002.pdf>
- Vázquez, M., Lartigue, T. y Cortés, J. (2005). Organización conductual de neonatos hijos de madres con un trastorno del estado de ánimo. *Salud Mental*, 28(5), 11-19. <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam055b.pdf>
- Velloza, J., Njoroge, J., Ngure, K., Thuo, N., Kiptinness, C., Momanyi, R., Ayub, S., Gakuo, Mugo, N., Simoni, J. y Heffron, R. (2020). Cognitive testing of the PHQ-9 for depression screening among pregnant and postpartum women in Kenya. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2435-6>
- Vilar Sánchez, Á., Fernández Alba, J. J., González Macías, M. D. C., Paublete Herrera, M. D. C., Carnicer Fuentes, C., Carral San Laureano, F., Torrejón Cardoso, R. y Moreno Corral, L. J. (2017). Infrapeso materno y resultados perinatales: estudio de cohortes retrospectivo. *Nutrición Hospitalaria*, 34(3), 647-653. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.459>
- Weobong, B., Soremekun, S., Ten Asbroek, A. H., Amenga-Etego, S., Danso, S., Owusu-Agyei, S., Prince, M. y Kirkwood, B. R. (2014). Prevalence and determinants of antenatal depression among pregnant women in a predominantly rural population in Ghana: the DON population-based study. *Journal of affective disorders*, 165, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.009>
- Wisner, K. L., Sit, D. K., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H.F., Luther, J.F., Wisniewski, S.R., Costantino, N.L., Confer, A.L., Moses-Kolko, E.L., Famy, C.S. y Hanusa, B. H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA psychiatry*, 70(5), 490-498. [10.1001/jamapsychiatry.2013.87](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87)

- Woldetensay, Y. K., Belachew, T., Tesfaye, M., Spielman, K., Biesalski, H. K., Kantelhardt, E. J. y Scherbaum, V. (2018). Validation of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression in pregnant women: Afaan Oromo version. *PloS One*, *13*(2), e0191782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191782>
- Woods, S., Melville, J., Guo, Y., Fan, M. y Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *202*(1) 61.e1-61.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.07.041>
- Zhong, Q., Gelaye, B., Fann, J. R., Sanchez, S. E. y Williams, M. A. (2014a). Cross-cultural validity of the Spanish version of PHQ-9 among pregnant Peruvian women: a Rasch item response theory analysis. *Journal of affective disorders*, *158*, 148-153. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.012>
- Zhong, Q., Gelaye, B., Rondon, M., Sánchez, S. E., García, P. J., Sánchez, E., Barrios, Y. V., Simon, E.G., Henderson, C.C., Cripe, M.S. y Williams, M. A. (2014b). Comparative performance of patient health questionnaire-9 and Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening antepartum depression. *Journal of affective disorders*, *162*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.028>

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2017). *Guidelines for Perinatal Care*. Eighth Editions, 149-153. <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx>
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2016). Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados. *Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. https://www.ucm.es/data/cont/docs/315-2016-06-02-g.refugiados_PDF.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). Guía de práctica clínica para ayudar a las mujeres embarazadas a dejar de fumar. *Sociedad Española Especialista en Tabaquismo (SEDET)*. https://www.sergas.es/docs/muller/VIIIPerinatal/Documentacion/4_4_Guia_practica_clinica_para_ayudar_embarazadas_dejar_fumar%20.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio. *Guía práctica en el SNS*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2021). Normas para mejorar la calidad de la atención a los recién nacidos enfermos o de pequeño tamaño en los establecimientos de salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341557>
- World Health Organization. (WHO, 2015). Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression, WHO generic field-trial version 1.0, 2015. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>
- World Health Organization, (WHO,2013) recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94555/9789241506076_eng.pdf

ANEXOS

Anexo I

Declaración STROBE:

“Diferencias psicológicas, psicosociales y obstétricas entre madres españolas e inmigrantes: Estudio observacional retrospectivo”. *“Psychological, Psychosocial and Obstetric Differences between Spanish and Immigrant Mothers: Retrospective Observational Study”*

	Item	Recomendación	Página
Título y resumen	1	(a) Indique en el título o en el resumen el diseño del estudio con un término habitual. (b) Proporcione en el resumen una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado.	Pág. 1 ✓
Introducción			
Contexto/fundamentos	2	Explique las razones y el fundamento científico de la investigación.	Pág. 1-2 ✓
Objetivos	3	Indique los objetivos específicos, incluyendo cualquier hipótesis preespecificada.	Pág. 2 ✓
Métodos			
Diseño del estudio	4	Presente al principio del documento los elementos clave del diseño del estudio.	Pág. 2-3 ✓
Contexto	5	Describa el marco, los lugares y fechas relevantes, incluyendo los periodos de reclutamiento, exposición y recogida de datos.	Pág. 3 ✓
Participantes	6	Estudios transversales: proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes. Especifique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo.	Pág. 3 ✓
VARIABLES	7	Defina claramente todas las variables: de respuesta, exposiciones, predictoras, confusoras, y modificadoras del efecto. Si procede, proporcione los criterios diagnósticos.	Pág. 3-4 ✓
Fuente de datos/ medidas	8*	Para cada variable de interés, indique las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida). Si hubiera más de un grupo, especifique la comparabilidad de los procesos de medida.	Pág. 4 ✓
Sesgos	9	Especifique todas las medidas adoptadas para afrontar posibles fuentes de sesgos.	Pág. 3 ✓
Tamaño muestral	10	Explique cómo se determine el tamaño muestral.	Pág. 3 ✓

Variables cuantitativas	11	Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis. Si procede, explique qué grupos se definieron y por qué.	Pág. 4 ✓
Métodos estadísticos	12	(a) Explique todos los métodos estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión.	Pág. 4 ✓
		(b) Especifique todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones.	No procede
		(c) Explique el tratamiento de los datos ausentes.	Pág. 4 ✓
		(d) Estudio de cohortes: si procede, explique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo.	No procede
		(e) Describa los análisis de sensibilidad.	No procede
Resultados			
Participantes	13*	(a) Indique el número de participantes en cada fase del estudio; p. ej. Número de participantes elegibles, analizados para ser incluidos, confirmados elegibles, incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y los analizados.	Pág. 3 ✓
		(b) Describa las razones de la pérdida de participantes en cada fase.	No procede
		(c) Considere el uso de un diagrama de flujo.	Pág. 3 ✓
Datos descriptivos	14*	(a) Describa las características de los participantes en el estudio (p. ej., demográficas, clínicas, sociales) y la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión.	Pág. 4 ✓
		(b) Indique el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés.	Pág. 5-9
Datos de las variables de resultado	15*	Estudios transversales: Indique el número de eventos resultado o bien proporcione medidas resumen.	Pág. 5-9 ✓
Resultados principales	16	(a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (ej, intervalos de confianza del 95%). Especifique los factores de confusión por que se ajusta y las razones para incluirlos.	Pág. 5-9 ✓
		(b) Si categoriza variables continuas, describa los límites de los intervalos.	No procede
		(c) Si fuera pertinente, valore acompañar las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un periodo de tiempo relevante.	

Otros análisis	17	Describa otros análisis efectuados (de subgrupos, interacciones o sensibilidad).	No procede
Discusión			
Resultados clave	18	Resuma los resultados principales de los objetivos del estudio.	Pág. 9-10 ✓
Limitaciones	19	Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Razone tanto sobre la dirección como sobre la magnitud de cualquier posible sesgo.	Pág. 10 ✓
Interpretación	20	Proporcione una interpretación global de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otras pruebas empíricas relevantes.	Pag. 10-11 ✓
Generabilidad	21	Discuta la posibilidad de generalizar los resultados (validez externa).	Pág. 10 ✓
Otra información			
Financiación	22	Especifique la financiación y el papel de los patrocinadores del estudio, y si procede, del estudio previo en que se basa su artículo.	Pag. 11 ✓

*Proporcione esta información por separado para casos y controles en los estudios con diseño de casos y controles. Si procede, también para los grupos con y sin exposición en los estudios de cohortes y en los transversales.

Nota: Se ha publicado un artículo que explica y detalla la elaboración de cada punto de la lista, y ofrece el contexto metodológico y ejemplos reales de comunicación transparente. La lista de puntos STROBE se debe utilizar preferiblemente junto con ese artículo (gratuito en la página Web de la revista PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/> , Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/> , and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). En la página web de STROBE www.strobe-statement.org aparecen las diferentes versiones de la lista correspondientes a los estudios de cohortes, a los estudios de casos y controles, y a los estudios transversales.

Declaración STROBE:

“Diferencias psicológicas, psicosociales y obstétricas entre fumadoras y no fumadoras: estudio observacional descriptivo”

	Item	Recomendación	Página
Título y resumen	1	(a) Indique en el título o en el resumen el diseño del estudio con un término habitual. (b) Proporcione en el resumen una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado	Pág. 1 ✓
Introducción			
Contexto/fundamentos	2	Explique las razones y el fundamento científico de la investigación.	Pág. 2-3 ✓
Objetivos	3	Indique los objetivos específicos, incluyendo cualquier hipótesis preespecificada	Pág. 3 ✓
Métodos			
Diseño del estudio	4	Presente al principio del documento los elementos clave del diseño del estudio	Pág. 3 ✓
Contexto	5	Describa el marco, los lugares y fechas relevantes, incluyendo los periodos de reclutamiento, exposición y recogida de datos	Pág. 3-4 ✓
Participantes	6	Estudios transversales: proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes. Especifique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo	Pág. 4 ✓
VARIABLES	7	Defina claramente todas las variables: de respuesta, exposiciones, predictoras, confusoras, y modificadoras del efecto. Si procede, proporcione los criterios diagnósticos.	Pág. 4-5 ✓
Fuente de datos/ medidas	8*	Para cada variable de interés, indique las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida). Si hubiera más de un grupo, especifique la comparabilidad de los procesos de medida	Pág. 6 ✓
Sesgos	9	Especifique todas las medidas adoptadas para afrontar posibles fuentes de sesgos	Pág. 4 ✓
Tamaño muestral	10	Explique cómo se determine el tamaño muestral	Pág. 5 ✓

Variables cuantitativas	11	Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis. Si procede, explique qué grupos se definieron y por qué	Pág. 6 ✓
		(a) Explique todos los métodos estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión	Pág. 6 ✓
		(b) Especifique todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones	No procede
Métodos estadísticos	12	(c) Explique el tratamiento de los datos ausentes	Pág. 6 ✓
		(d) Estudio de cohortes: si procede, explique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo.	No procede
		(e) Describa los análisis de sensibilidad.	No procede
Resultados			
Participantes	13*	(a) Indique el número de participantes en cada fase del estudio; p. ej. Número de participantes elegibles, analizados para ser incluidos, confirmados elegibles, incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y los analizados	No procede
		(b) Describa las razones de la pérdida de participantes en cada fase	No procede
		(c) Considere el uso de un diagrama de flujo	Pág. 3 ✓
Datos descriptivos	14*	(a) Describa las características de los participantes en el estudio (p. ej., demográficas, clínicas, sociales) y la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión.	Pág. 4 ✓
		(b) Indique el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés	Pág. 5-9
Datos de las variables de resultado	15*	Estudios transversales: Indique el número de eventos resultado o bien proporcione medidas resumen	Pág. 5-9 ✓
Resultados principales	16	(a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (ej, intervalos de confianza del 95%). Especifique los factores de confusión por que se ajusta y las razones para incluirlos	Pág. 5-9 ✓
		(b) Si categoriza variables continuas, describa los límites de los intervalos	No procede

(c) Si fuera pertinente, valore acompañar las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un periodo de tiempo relevante

Otros análisis	17	Describa otros análisis efectuados (de subgrupos, interacciones o sensibilidad)	No procede
Discusión			
Resultados clave	18	Resuma los resultados principales de los objetivos del estudio	Pág. 15-16 ✓
Limitaciones	19	Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Razone tanto sobre la dirección como sobre la magnitud de cualquier posible sesgo	Pág. 16 ✓
Interpretación	20	Proporcione una interpretación global de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otras pruebas empíricas relevantes	Pag. 16-17 ✓
Generabilidad	21	Discuta la posibilidad de generalizar los resultados (validez externa)	No procede
Otra información			
Financiación	22	Especifique la financiación y el papel de los patrocinadores del estudio, y si procede, del estudio previo en que se basa su artículo.	No procede

*Proporcione esta información por separado para casos y controles en los estudios con diseño de casos y controles. Si procede, también para los grupos con y sin exposición en los estudios de cohortes y en los transversales.

Nota: Se ha publicado un artículo que explica y detalla la elaboración de cada punto de la lista, y ofrece el contexto metodológico y ejemplos reales de comunicación transparente. La lista de puntos STROBE se debe utilizar preferiblemente junto con ese artículo (gratuito en la página Web de la revista PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/> , Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/> , and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). En la página web de STROBE www.strobe-statement.org aparecen las diferentes versiones de la lista correspondientes a los estudios de cohortes, a los estudios de casos y controles, y a los estudios transversales.

Anexo II

❖ XV Congreso Internacional de Psicología Clínica: Certificado de Asistencia



CERTIFICADO DE ASISTENCIA/ CERTIFICATE OF ATTENDANCE

M. CARMEN MARTINEZ HERREROS

Ha asistido al XV CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA CLÍNICA celebrado los días 16-18 de Noviembre de 2022, con 30 horas de duración.

You have attended the 15th INTERNATIONAL CONGRESS OF CLINICAL PSYCHOLOGY held on November 16-18, 2022, with a duration of 30 hours.

18 de Noviembre, 2022/November 18, 2022

16-18 de noviembre



Validation code



Organizan/Organizers/Colaboran/Collaborators



- ❖ XV Congreso Internacional de Psicología Clínica. [Ponencia: Salud Psicosocial: Diferencias Obstétricas Embarazadas Españolas e Inmigrantes]. (ONLINE. 16-18 noviembre, 2022).



El Comité Científico del **XV CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA CLÍNICA** informa que la ponencia titulada **“SALUD PSICOSOCIAL: DIFERENCIAS OBSTÉTRICAS EMBARAZADAS ESPAÑOLAS E INMIGRANTES”**, cuyos autores son **M. CARMEN MARTINEZ HERREROS**, ha sido presentada en el simposio invitado **“PROGRESOS Y DESAFÍOS EN PSICOLOGÍA PERINATAL”**, en este congreso.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, se expide la presente certificación a 18 de noviembre de 2022.

The Scientific Committee of the **15th INTERNATIONAL CONGRESS OF CLINICAL PSYCHOLOGY** certifies that the presentation entitled **“SALUD PSICOSOCIAL: DIFERENCIAS OBSTÉTRICAS EMBARAZADAS ESPAÑOLAS E INMIGRANTES”**, whose authors are **M. CARMEN MARTINEZ HERREROS**, has been presented in the invited symposium **“PROGRESOS Y DESAFÍOS EN PSICOLOGÍA PERINATAL”**, at this congress.

We hereby certify that this certificate was issued on November 18, 2022.



Validation code



Organizan/Organizers/Colaboran/Collaborators



- ❖ 8th International Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents. Certificado de Asistencia. (Elche, Alicante. 16-19 noviembre 2022).

8th INTERNATIONAL CONGRESS OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

ELCHE
SPAIN | 16-19
NOVEMBER
2022

CERTIFICATE OF PARTICIPATION

This is to certify that

Carmen Martínez

attended the 8th International Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents, held in Elx (Spain), from November 16th to 19th, 2022, organized by AITANA-UMH.

Elx (Spain), November 19th, 2022



Mireia Orgilés Amorós
President of the Organizing Committee

www.aitanacongress.com

aitana
research

UNIVERSITAT
Miguel Hernández



- ❖ 8th International Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents. [Poster grupal: Diferencias en el riesgo de depresión prenatal en madres españolas e inmigrantes y prematuridad]. (Elche, Alicante. 16-19 noviembre 2022).



CERTIFICATE

It is awarded to

**Martínez Herreros, Carmen; Martín-Agudiez, Nuria; Rodríguez Muñoz,
Maria de la Fe Rodríguez Muñoz**

presented the POSTER titled

**Diferencias en el riesgo de depresión prenatal en madres españolas e
inmigrantes y prematuridad**

at the 8th International Congress of Clinical and Health
Psychology in Children and Adolescents, held in Elx (Spain), from
November 16th to 19th, 2022, organized by AITANA-UMH.

Elx (Spain), November 19th, 2022

Mireia Orgilés Amorós
President of the Organizing Committee

www.aitanacongress.com

aitana
research

UNIVERSITAT
Miguel Hernández



- ❖ 8th International Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents. [Poster grupal: Obesidad Infantil: Factores de Riesgo y Abordaje Psicológico]. (Elche, Alicante. 16-19 noviembre 2022).

8th INTERNATIONAL CONGRESS OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

ELCHE
SPAIN | 16-19
NOVEMBER
2022

CERTIFICATE

It is awarded to

**MARTÍN AGUDIEZ, NURIA; RODRÍGUEZ MUÑOZ, MARIA DE LA FE;
MARTÍNEZ HERREROS, MARÍA DEL CARMEN; GARROTE ROBLES, ANA;
KOVACHEVA, KATINA**

presented the POSTER titled

Obesidad infantil: factores de riesgo y abordaje psicológico

at the 8th International Congress of Clinical and Health
Psychology in Children and Adolescents, held in Elx (Spain), from
November 16th to 19th, 2022, organized by AITANA-UMH.

Elx (Spain), November 19th, 2022



Mireia Orgilés Amorós
President of the Organizing Committee

33488743F
JOSE PEDRO
ESPADA (R:
G98601396)

Firmado digitalmente
por 33488743F JOSE
PEDRO ESPADA (R:
G98601396)
Fecha: 2022.11.24
14:17:10 +01'00'

www.aitanacongress.com

aitana
research

UNIVERSITAT
Miguel Hernández



- ❖ 8th International Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents. [Poster grupal: Apoyo Materno-Filial en madres con Depresión Perinatal]. (Elche, Alicante. 16-19 noviembre 2022).

8th INTERNATIONAL CONGRESS OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

ELCHE
SPAIN | 16-19
NOVEMBER
2022

CERTIFICATE

It is awarded to

**MARTÍN AGUDIEZ, NURIA; RODRÍGUEZ MUÑOZ, MARÍA DE LA FE;
MARTÍNEZ HERREROS, CARMEN; KOVACHEVA, KATINA; GARROTE
ROBLES, ANA**

presented the POSTER titled

APEGO MATERNO- FILIAL EN MADRES CON DEPRESIÓN PERINATAL

at the 8th International Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents, held in Elx (Spain), from November 16th to 19th, 2022, organized by AITANA-UMH.

Elx (Spain), November 19th, 2022



Mireia Orgilés Amorós
President of the Organizing Committee

33488743F Firmado
digitalmente por
JOSE PEDRO 33488743F JOSE
ESPADA (R: PEDRO ESPADA (R:
G98601396) Fecha: 2022.11.24
14:16:05 +01'00'



www.aitanacongress.com

aitana
research

UNIVERSITAS
Miguel Hernández



- ❖ 8th International Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents. [Ponencia: Insomnio conductual en la primera infancia]. (Elche, Alicante. 16-19 noviembre, 2022).

8th INTERNATIONAL CONGRESS OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

ELCHE
SPAIN | 16-19
NOVEMBER
2022

CERTIFICATE

It is awarded to

Carmen Martínez Herreros

presented the communication titled **COMUNICACIÓN
SIMPOSIOINSOMNIO CONDUCTUAL EN LA PRIMERA INFANCIA**

at the session **S.27. Psicología perinatal: problemas en el recién
nacido**

at the 8th International Congress of Clinical and Health Psychology in
Children and Adolescents, held in Elx (Spain), from November 16th to 19th,
2022, organized by AITANA-UMH.

Elx (Spain), November 19th, 2022



Mireia Orgilés Amorós
President of the Organizing Committee

www.aitanacongress.com

aitana
research

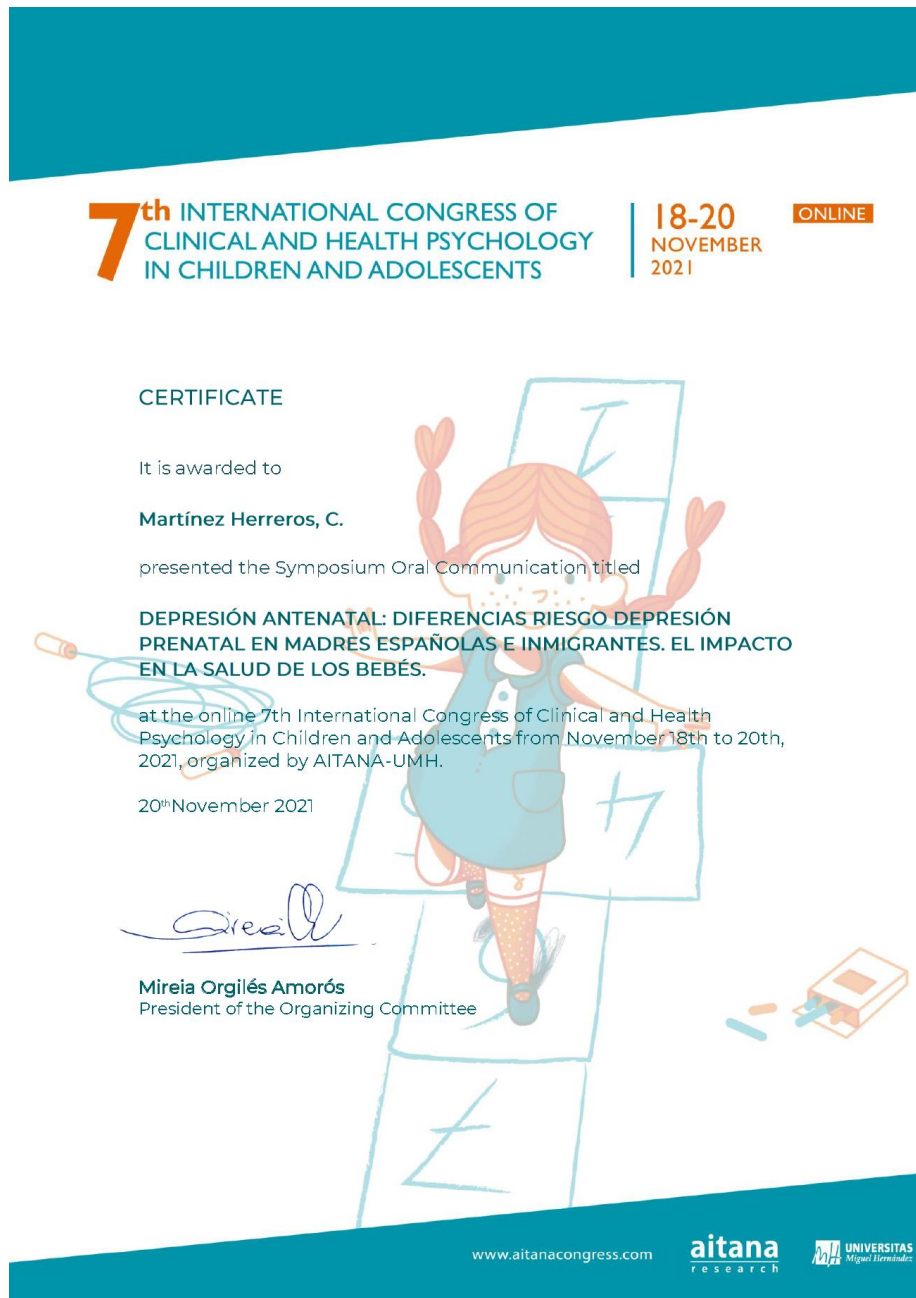
UMH UNIVERSITAS
Miguel Hernández



- ❖ Conferencia Internacional virtual: Riseup-PPD “Certificado de Asistencia a 1st International RISEUP-PPD Conferencia “Peripartum Depression in the contexto f public health emergencies and humanitarian crises” (that took place virtually on September 27-29,2022).



- ❖ 7Th International Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents. [Ponencia: Depresión antenatal: diferencias riesgo depresión prenatal en madres españolas e inmigrantes, el impacto en la salud de los bebés]. (ONLINE. 18-20 November, 2021) y Certificado de Asistencia.



- ❖ 7Th International Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents. (ONLINE. 18-20 November, 2021) Certificado de Asistencia.

7th INTERNATIONAL CONGRESS OF
CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY
IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

18-20
NOVEMBER
2021

ONLINE

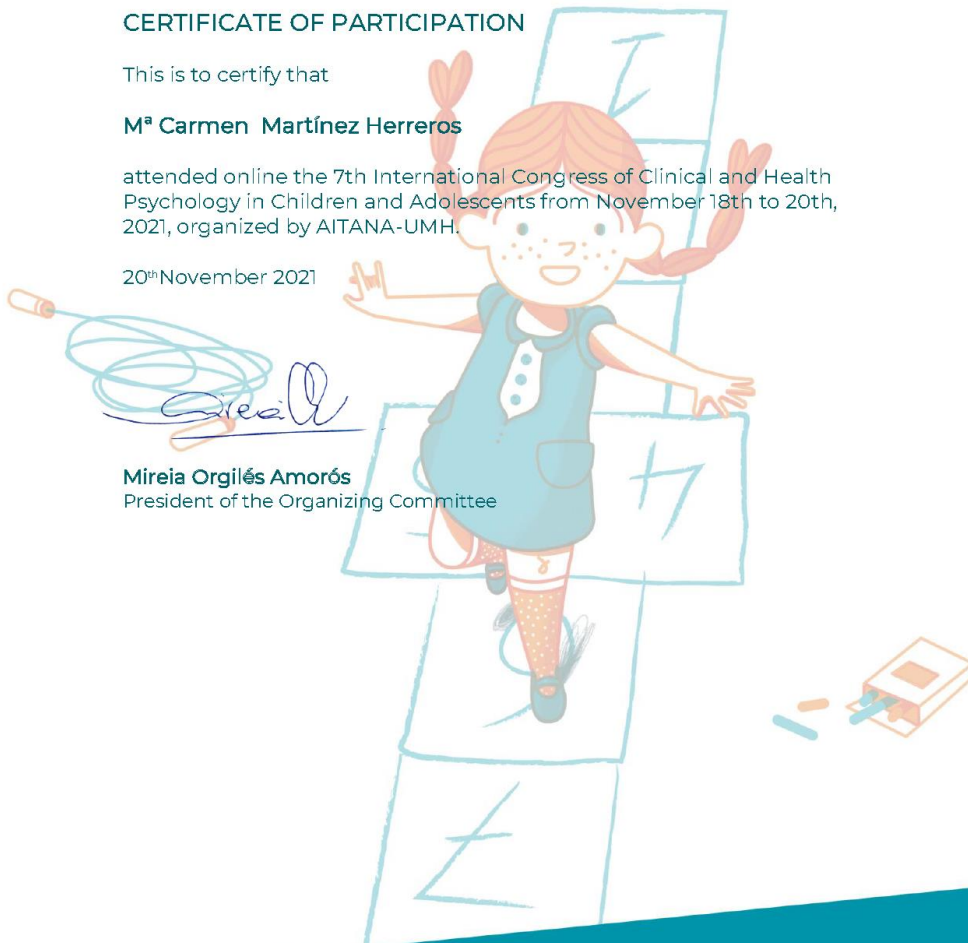
CERTIFICATE OF PARTICIPATION

This is to certify that

M^ª Carmen Martínez Herreros

attended online the 7th International Congress of Clinical and Health Psychology in Children and Adolescents from November 18th to 20th, 2021, organized by AITANA-UMH.

20th November 2021



Mireia Orgilés Amorós
President of the Organizing Committee


- ❖ V Curso en Línea de Neonatología. III Curso de Medicina Perinatal. Sociedad Médica del Hospital Ángeles Pedregal. México [Ponencia: Depresión materna prenatal ¿afecta al feto? ¿cómo impacta en el recién nacido?]. (ONLINE. 1-31 enero 2021).



- ❖ Programa de radio: *“La depresión perinatal es un importante problema de salud pública y una de las complicaciones médicas más comunes. A pesar de que existen factores de riesgo identificables y tratamientos basados en la evidencia, pocas mujeres reciben tratamiento debido a la falta de servicios de salud mental de esta población y al estigma relacionado con recibir atención psicológica”* Desde el Proyecto Mamás y Bebés se realiza un programa de prevención de la depresión perinatal puesto en marcha en España desde hace varios años.

Figura 3

Icono con el link al programa de radio “Depresión perinatal”



"Depresión perinatal"
🔊 Audio | Español | Visto: 194 veces
📌 Curso Mamás y Bebés: prevención de la depresión perinatal
María Fe Rodríguez Muñoz
profesora del Departamento Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, UNED
Natalia Ruíz
investigadora Proyecto Mamás y Bebés
Cristina Soto
investigadora Proyecto Mamás y Bebés
María del Carmen Martínez Herreros
investigadora Proyecto Mamás y Bebés
Rosa Marcos Nájera
investigadora Proyecto Mamás y Bebés
Evelina A. Nagyosi
investigadora Proyecto Mamás y Bebés
María Teresa Pérez Albéniz Martínez
redactora - locutora, CEMAV, UNED

Se puede escuchar en: <https://canal.uned.es/video/5a6f2676b1111f0f4e8b4668>

Anexo III

CUMPLIMIENTO NORMAS ÉTICAS: DECLARACIÓN DE HELSINKI



Informe Dictamen Protocolo Favorable

C.P. - C.I. 14/060-E

20 de marzo de 2014

CEIC Hospital Clínico San Carlos

Dra. Mar García Arenillas
Secretaria del CEIC Hospital Clínico San Carlos

CERTIFICA

Que el CEIC Hospital Clínico San Carlos en su reunión del día 19/03/2014, acta 3.2/14 y una vez resueltas las aclaraciones solicitadas, ha evaluado la propuesta del promotor/investigador referida al estudio:

Título: "El Proyecto de Mamás y Bebés: El Estado de Ánimo y la Salud"

Promotor del estudio: Dra. M^a Fe Rodríguez Muñoz. Facultad de Psicología UNED

Que en este estudio:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto de los postulados éticos.
- Se cumplen los preceptos éticos formulados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones, así como aquellos exigidos por la normativa legal aplicable en función de las características del estudio.

Es por ello que el Comité **informa favorablemente** sobre la realización de dicho proyecto por **Dña M^a Fe Rodríguez Muñoz** como investigadora principal en el Dpto de Psicología de la Personalidad. Facultad de Psicología de la UNED.

Lo que firmo en Madrid, a 20 de marzo de 2014

Dra. Mar García Arenillas
Secretaria del CEIC Hospital Clínico San Carlos

Anexo IV

APROBACIÓN PREVIA DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS DE MADRID

**Dictamen Modificación Favorable
Otros Estudios**C.I. 14/060-E
15 de febrero de 2018**CEIC Hospital Clínico San Carlos**Dra. Mar García Arenillas
Presidenta del CEIC Hospital Clínico San Carlos**CERTIFICA**

1º. Que el CEIC Hospital Clínico San Carlos ha evaluado la propuesta del promotor para que se realice la modificación **Enmienda 3** en el estudio:

Título: "El Proyecto de Mamás y Bebés: El Estado de Ánimo y la Salud"**Código Interno:** 14/060-E**Versión Protocolo Evaluada:** Enmienda 3 - Enero 2018**Versión Hoja Información al Paciente Evaluada:** GENERAL / Segunda Versión - Mayo 2014

2º. La modificación solicita:

Mod. Documentación: Protocolo	
Versión protocolo	Enmienda 3 - Enero 2018


3º. Este CEIC en su reunión del día 07/02/2018, acta 2.1/18 emite un **DICTAMEN FAVORABLE** para la realización de la modificación al estudio en el centro.

Lo que firmo en Madrid, a 15 de febrero de 2018

Fdo.: Dra. Mar García Arenillas
Presidenta del CEIC Hospital Clínico San Carlos

Anexo V

Cuestionario Sociodemográfico



**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN PERINATAL.
EMBARAZO**

Número de cuestionario | | |

Nombre _____

Edad _____ Teléfono de contacto _____

1. Origen: España Resto de Europa Norteamérica Latinoamérica África Asia
Oceanía

¿Cuánto tiempo lleva residiendo en España? N° de años _____

2. Estudios: Sin estudios Básicos(EGB-Primaria) Medios(Bachillerato/FP)
Superiores (Universidad)

3. Situación Laboral: Activa Parada Ama de casa Incapacidad

4. Estado Civil: Soltera Casada Conviviendo con su pareja Viuda Divorciada/Separada

5. Enfermedades: No Sí ¿Cuáles? _____

6. Está tomando algún tipo de medicación: No Sí ¿Cuál? _____

7. Semana de gestación _____

8. ¿Es fumadora? si no Bebe habitualmente alcohol si no

9. Tiene usted en estos momentos algún diagnóstico de depresión: Sí NO

10. ¿Es este su primer embarazo? Si No En caso de no ser el primer embarazo conteste por favor, las siguientes preguntas:

N° Hijos vivos n° de Partos n° de Cesáreas n° de Abortos

Anexo VI

Cuestionario PDPIR Apoyos

Apoyo Social

Pareja

- ¿Cree usted que recibe el apoyo emocional adecuado por parte de su pareja?..... Sí [] No []
- ¿Cree usted que puede confiar en su pareja?..... Sí [] No []
- ¿Cree usted que puede contar con su pareja?..... Sí [] No []
- ¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de su pareja?..... Sí [] No []

(Por ejemplo, le ayuda con las tareas de la casa o a cuidar al (los) niño(s))

Familia

- ¿Cree usted que recibe el apoyo emocional adecuado por parte de su familia?..... Sí [] No []
- ¿Cree usted que puede confiar en su familia?..... Sí [] No []
- ¿Cree usted que puede contar con su familia?..... Sí [] No []
- ¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de su familia?..... Sí [] No []

(Por ejemplo, le ayudan con las tareas de la casa o a cuidar al (los) niño(s))

Amistades

- ¿Cree usted que recibe el apoyo emocional adecuado por parte de sus amistades? Sí [] No []
- ¿Cree usted que puede confiar en sus amistades?..... Sí [] No []
- ¿Cree usted que puede contar con sus amistades?..... Sí [] No []
- ¿Cree usted que recibe el apoyo práctico adecuado por parte de sus amistades?.... Sí [] No []

(Por ejemplo, le ayudan con las tareas de la casa o a cuidar al (los) niño(s))

Satisfacción Matrimonial/De Pareja

- ¿Está satisfecha con su matrimonio o con su situación de pareja?..... Sí [] No []
- Actualmente, ¿esta teniendo problemas matrimoniales o de pareja?..... Sí [] No []
- ¿Van bien las cosas entre usted y su pareja?..... Sí [] No []

Anexo VII

PHQ-9

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto de seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?

	Pura nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
PHQ1 Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
PHQ2 Se ha sentido decaída, deprimida, o sin esperanzas	0	1	2	3
PHQ3 Dificultad para dormir o permanecer dormida, o ha dormido demasiado	0	1	2	3
PHQ4 Se ha sentido cansada o con poca energía	0	1	2	3
PHQ5 Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
PHQ6 Se ha sentido mal con usted misma – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted misma o con su familia	0	1	2	3
PHQ7 Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
PHQ8 ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieta o agitada, que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
*PHQ9 Ha pensado que estaría mejor muerta o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Anexo VIII

Consentimiento informado



MAMAS Y BEBES-INFORMACIÓN AL PACIENTE

Promotor del estudio: UNED

Investigadores principales:

Dra. M^ªFe Rodríguez Muñoz. Facultad de Psicología UNED

Dra. Nuria Izquierdo. Hospital Clínico San Carlos

Dra. María Eugenia Olivares. Hospital Clínico San Carlos

INTRODUCCIÓN:

Estimada Sra.:

Se le ha propuesto participar voluntariamente en un estudio en el que se pretende investigar y mejorar la calidad de vida de las mujeres con depresión postparto. Diferentes estudios han señalado que la depresión durante el periodo perinatal es un grave trastorno para algunas mujeres. Las consecuencias de este trastorno pueden tener implicaciones negativas en el desarrollo de los bebés, así como en la relación entre madre y bebé. En el Hospital Clínico San Carlos, en colaboración con la Facultad de Psicología de la UNED y la Universidad George Washington (EEUU), estamos llevando a cabo un proyecto de investigación, para tratar de prevenir este problema, llamado **Mamás y Bebés**.

OBJETIVO Y NATURALEZA DEL ESTUDIO

El Curso de **Mamás y Bebés** tiene como **misión**, desarrollar una investigación que prevenga la depresión durante y después del embarazo y mejore el vínculo madre-hijo. Todas las mujeres embarazadas que quieran participar deberán rellenar un breve cuestionario que incluye instrumentos de evaluación del riesgo de sufrir depresión puerperal. El equipo de investigación analizará los resultados de estos cuestionarios y, a todas aquellas mujeres que se encuentren en riesgo de sufrir depresión, les ofrecerá la posibilidad de participar en un programa de prevención.

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su participación, en esta primera fase, consiste en rellenar unos cuestionarios. La realización de los cuestionarios no le llevará tiempo por su sencillez. A los seis meses de dar a luz, nos pondremos en contacto de nuevo, para repetir los cuestionarios. Las mujeres que sean seleccionadas por el equipo de investigación podrán participar en el curso **Mamás y Bebés** que tiene una duración de 8 semanas. SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO ES TOTALMENTE VOLUNTARIA. Si, en el caso de consentir la colaboración inicialmente, en algún momento de la terapia o tras ésta usted desea dejar de colaborar en nuestra investigación, le rogamos que nos lo comunique inmediatamente. Esto no supondrá en ningún caso perjuicio alguno para el tratamiento psicológico que usted esté recibiendo.

USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

De acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal, todos los datos que se desprendan del estudio quedarán almacenados en un sistema informático que no identificará a ninguna de las mujeres que hayan participado, salvaguardando en todo momento la información considerada para este proyecto. Sus datos sólo serán utilizados para desarrollar el estudio y su tratamiento tendrá únicamente fines estadísticos. El acceso a su información personal quedará restringido al equipo de investigación del estudio, autoridades sanitarias y el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio; pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismo de acuerdo a la legislación vigente. Los datos permanecerán en un fichero informatizado propiedad de M^ªFe Rodríguez Muñoz, y de acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a

FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNED

Despacho 1.11

C/Juan del Rosal nº 10 28043 Madrid

INFORMACIÓN Y TELÉFONO DE CONTACTO.

El presente estudio y el Consentimiento Informado han sido aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. El equipo de investigación está a su disposición para atender a cualquier consulta que usted quiera realizar con relación al procedimiento del estudio. Si usted desea o necesita más información sobre el estudio o cualquier acontecimiento relacionado con el estudio puede ponerse en contacto en el siguiente correo electrónico mamasybebés9@gmail.com

1. 5. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dña. he leído el documento de consentimiento informado que me han entregado. He comprendido las explicaciones acerca de la investigación que se está llevando. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informada de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación y que formarán parte de un fichero automatizado titularidad de la investigadora M^ºFe Rodríguez Muñoz del estudio para tales fines pudiendo ejercer mis derechos de acceso, rectificación y cancelación dirigiéndome a

FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNED
Despacho 1.11
C/Juan del Rosal nº 10 28043 Madrid

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en dicha investigación.

En Madrid, a..... de..... De 201

Firmado: Dña. _____

Firmado (El investigador principal) Dña. _____

Anexo IX

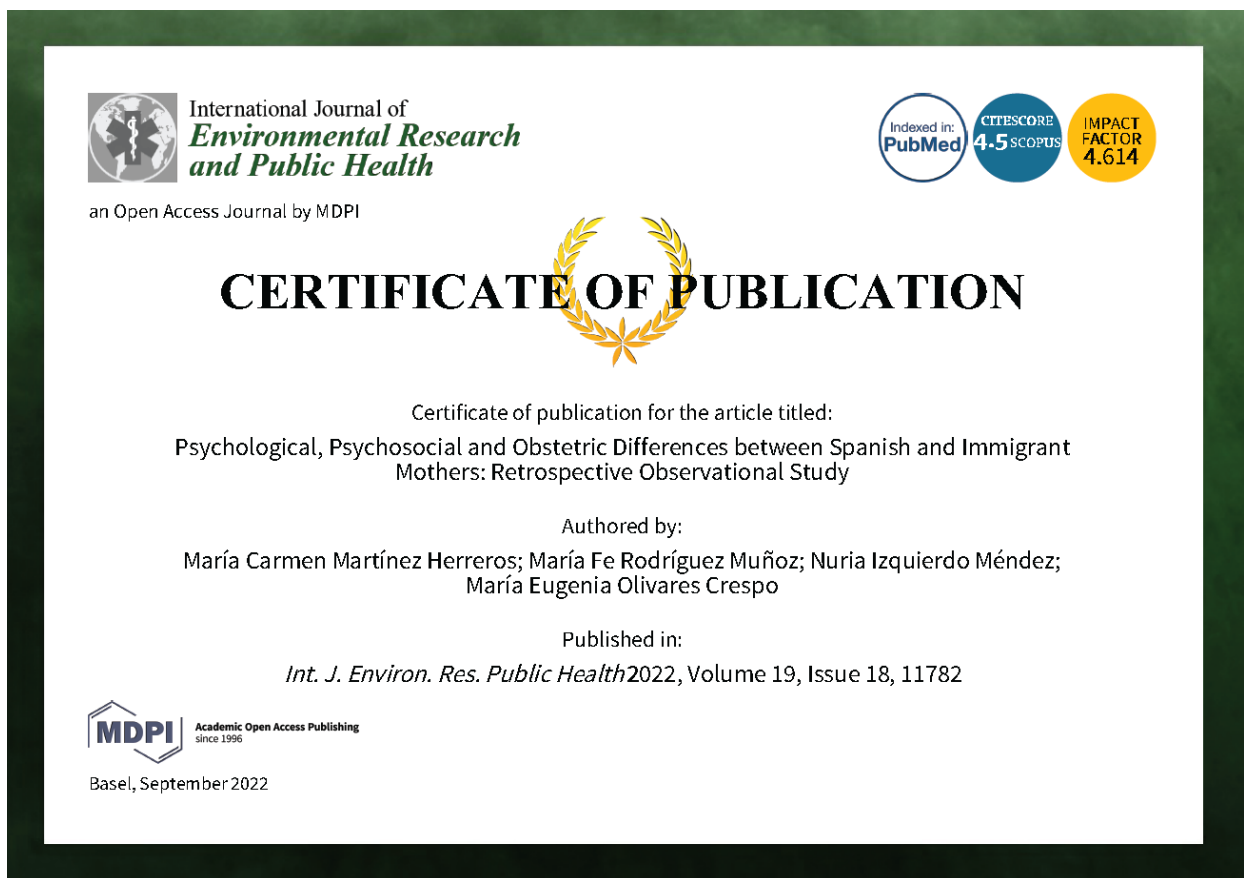
Modelo Historia Embarazo y Partograma

Hospital:		Fecha Ingreso:
Nombre:	Edad:	Nacionalidad:
<p>Fecha de ingreso:</p> <p>Antecedentes personales:</p> <p>Antecedentes prenatales:</p> <p>Partos, cesáreas, abortos anteriores...</p> <p>Anemia:</p> <p>Diabetes:</p> <p>Tiroides:</p> <p>SGB:</p> <p>Complicaciones en el embarazo</p> <p>Motivos complicaciones</p> <p>Analgesia:</p> <p>Tipo de parto (eutócico o distócico):</p> <p>Tipo de parto distócico</p> <p>Cesárea:</p> <p>CRL:</p> <p>ECO 2 trimestre: Cervicometría</p> <p>Semana gestación.</p> <p>ECO 3 trimestre: Posición</p> <p style="margin-left: 150px;">Basal</p> <p style="margin-left: 150px;">Variabilidad</p> <p style="margin-left: 150px;">Reactividad</p> <p style="margin-left: 150px;">Dinámica</p> <p style="margin-left: 150px;">Tono</p> <p style="margin-left: 150px;">Expulsión</p> <p>Monitorización fetal al parto</p> <p>Resumen parto: tipo de parto, analgesia, episiotomía, desgarros, etc.</p> <p>Sexo, peso, apgar, ph, piel con piel, el bebé pasa a (mamás, valoración neonatal, uci, etc)</p>		

Anexo X

Certificado publicación:

Certificado publicación artículo titulado “Psychological, Psychosocial and Obstetric Differences between Spanish and immigrant Mothers: Retrospective Observational Study” publicado el 18 de septiembre del 2022.



Referencia: Martínez Herreros, M. C., Rodríguez Muñoz, M. F., Izquierdo Méndez, N. y Olivares Crespo, M. E. (2022). Psychological, Psychosocial and Obstetric Differences between Spanish and Immigrant Mothers: Retrospective Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11782. [10.3390/ijerph191811782](https://doi.org/10.3390/ijerph191811782)

Apéndice Documental

TERMINOLOGÍA OBSTÉTRICA

1. Complicaciones en el Embarazo

Durante el embarazo, puede darse que algunas mujeres experimenten problemas de salud. Estas complicaciones pueden afectar incluso a las mujeres embarazadas sanas antes del embarazo y afectar a la salud de la madre, pero también a la salud del feto y del recién nacido. Puede darse que alguna de estas complicaciones se considere un embarazo de alto riesgo. ([NIH, 2021](#)). Son las afecciones o procesos patológicos asociados al embarazo. Puede darse durante o después del embarazo y puede ir desde trastornos menores a enfermedades importantes que requieran intervención médica (PE, CIR, alto riesgo obstétrico, sospecha amenaza parto pretérmino, placenta previa, escaso control obstétrico, etc.).

Aborto de Repetición:

Se denomina aborto de repetición cuando se han producido 2 o más abortos espontáneos consecutivos antes de las 20 semanas de gestación que no han sido provocados. Como factores para un aborto de repetición estarían (anatómico, cromosómico, inmunológico, endocrinológico y trombofílico), así, la exposición a tabaco o a otros tóxicos ambientales, la obesidad materna, la edad materna, el pasado reproductivo y la edad gestacional serían factores de riesgo ([Manzur, 2010](#)).

Acortamiento Cervical y Pesario:

Como se ha mencionado en esta tesis, el parto antes de término es causa de muerte en muchos recién nacidos. En ocasiones, el parto puede darse antes de tiempo por complicaciones como la debilidad del cuello uterino y un embarazo múltiple. Cuando el cérvix (parte baja de la matriz o útero) mide ≤ 25 mm. antes de la semana 28 de embarazo, después de la semana 28 hasta la 32 semana mide menos de 20mm. y si después de la semana 32 mide menos de 15mm., se considera cérvix corto o acortamiento del cérvix del útero y se corre el riesgo de un parto prematuro. Para evitar el parto prematuro, se cierra el cuello uterino con un anillo de silicona (pesario cervical) y se extrae alrededor de las 37 semanas. Es un procedimiento sencillo y poco invasivo que no requiere anestesia ([Cruz Melguizo, 2017](#)).

Alto Riesgo Cardiológico Fetal:

Entre el 3% y el 4% de los recién nacidos presentan una malformación congénita importante al nacer, siendo las cardiopatías las más frecuentes, siendo una de las primeras causas de mortalidad infantil. La tasa de detección prenatal varía de acuerdo al tipo de malformación cardíaca, siendo las más frecuentes las interventriculares e interauriculares. Por eso es importante la ecocardiografía fetal porque pueden detectar hasta el 90% de las cardiopatías graves ([Muñoz et al., 2016](#)).

Alto Riesgo Down:

El síndrome de Down (también conocido como Trisomía 21) es un trastorno genético incurable que causa problemas de salud física y mental significativa, así como discapacidades.

Sin embargo, hay una variación amplia en cómo el síndrome de Down afecta a los pacientes. Algunos bebés nacen con una afectación grave, otros tienen problemas leves y pueden llevar una vida relativamente normal. No se puede predecir en qué magnitud se verá afectado un niño. Durante el embarazo, a los padres que esperan un bebé, se les ofrece poder realizar un examen para descubrir si el bebé está afectado y ayudarles a tomar una decisión ([Alldred et al., 2015](#)).

Alto Riesgo Obstétrico:

Un embarazo de alto riesgo incrementa la probabilidad de enfermar o morir antes, durante o después del parto, por lo que se considera un problema de salud pública mundial con amplias brechas entre países, dependiendo de su desarrollo económico. Por eso la OMS recomienda mejorar la calidad de atención prenatal, reducir el riesgo de muerte prenatales y complicaciones del embarazo, por lo que la ecografía obstétrica, permite determinar la biometría fetal y realizar el seguimiento, estudiando de forma no invasiva el flujo sanguíneo materno-fetal y la circulación placentaria. Es muy importante por la salud tanto de la madre como del feto hacer un control prenatal ([Agostini et al., 2021](#))

Anemia Puerperal:

Aunque la anemia puerperal no está dentro de las complicaciones de este estudio, es importante saber que es una de las enfermedades con más prevalencia a nivel mundial y está provocada por déficit de hierro a causa de la baja ingesta. Entre las embarazadas tiene una alta prevalencia lo que puede tener graves consecuencias tanto para las madres como para el bebé. En la madre se ha asociado con PE, parto prematuro e incluso aborto espontáneo, con

restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacer y deterioro del desarrollo cognitivo. Por eso, una buena analítica y un suplemento de hierro durante el embarazo puede ayudar a evitar problemas tanto en la madre como en el bebé ([Hidalgo et al., 2022](#)).

CIR (Crecimiento Intrauterino Restringido)

Alteración del crecimiento fetal que afecta al 10% de las gestaciones. Al feto con CIR se le considera que sufren verdadera restricción de crecimiento y presentan mayor riesgo de deterioro intrauterino, los fetos PEG (pequeño para la edad gestacional) llegan a alcanzar su potencial de crecimiento y tienen un resultado perinatal similar a los fetos con crecimiento normal ([SEGO, 2016](#)).

El 50% de fetos con un crecimiento intrauterino restringido, se asocian con PE ya que comparten la fisiopatología placentaria, conlleva riesgo para el feto y para la madre, aumentando la morbi-mortalidad fetal o neonatal, como puede ser la prematuridad ([Ramírez et al., 2017](#)). Hacer un diagnóstico de crecimiento intrauterino restringido (CIR) comprende la existencia de un riesgo para la madre y el feto. A nivel fetal o neonatal (muerte intrauterina, prematuridad, pérdida de bienestar intraparto, encefalopatía hipóxico-isquémica, pero desarrollo neurológico, etc.) pero también lleva consigo, a causa de la programación fetal, un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólica.

Se suele asociar con PE, cuanto más precozmente se manifiesta el CIR, distinguiéndose dos formas de CIR (TIPO I Y TIPO II). El que se asocia con PE antes de la semana 34 es menos frecuente, siendo la insuficiencia placentaria severa, mayor prematuridad y pronóstico más

grave. El CIR tardío se diagnostica después de la semana 34 y tiene una menor asociación con PE y el grado de insuficiencia placentaria y prematuridad es menor, por lo que tiene mejor pronóstico.

CIR TIPO I: El Tipo I: simétrico, precoz o proporcionado, incluye a los CIR constitucionales y a los patológicos secundario a genopatías, infecciones virales o drogas (Ramírez et al, 2017).

CIR TIPO II: Asimétrico, tardío o desproporcionado. Usualmente asociado a la insuficiencia placentaria, resultado de una patología subyacente (HTA y diabetes) (Serrano et al., 2009).

Diabetes Gestacional:

La diabetes gestacional ocurre cuando una mujer no tenía diabetes antes del embarazo, la desarrolla durante la gestación. En la diabetes gestacional, los cambios hormonales del embarazo hacen que el cuerpo no produzca suficiente insulina o que no la use con normalidad, acumulándose en l sangre teniendo altos niveles de azúcar o sangre o lo que se conoce como diabetes. La diabetes puede producir presión arterial alta debida a preeclampsia o que el bebé sea macrosómico, lo que aumenta el riesgo de parto por cesárea (NIH, 2021). Tanto anemia, alteraciones tiroideas, como diabetes no se han tenido en cuenta como complicaciones principales, pero sí se han desarrollado por las consecuencias que pueden tener en otro tipo de complicaciones.

Escaso Control Obstétrico:

Son muy importantes las visitas prenatales para el control de embarazo y poder evitar problemas como la prematuridad, el bajo peso al nacimiento, y las complicaciones materno-fetales de cualquier tipo, identificando las pacientes con mayor riesgo, y lograr buenos resultados perinatales. Por ello, [Aguilera y Soothill \(2014\)](#) recomiendan hacer un buen control obstétrico, que se realiza a través de la historia médica y reproductiva de la mujer, promoviendo estilos de vida saludables, la suplementación de ácido fólico y buena educación nutricional y emocional, realizando los controles tan pronto como se sospeche del embarazo (antes de las 10 semanas). En España, la tasa de mortalidad materna es muy baja, y se debe a la adecuada atención en el embarazo por parte de los especialistas en obstetricia ([SEGO, 2018](#)). El problema es que, aunque se ha generalizado el acceso universal a la atención médica, aún quedan sectores de la población a los que no llega la educación sanitaria, por eso, muchas mujeres acceden al control obstétrico pasado el primer trimestre. La falta de redes de apoyo, la soledad, el desconocimiento del entorno y del funcionamiento del Sistema Sanitario y Social en el caso de las inmigrantes, la falta de recursos económicos durante el proceso de embarazo, son factores que llevan a falta de control de embarazo ([Ibáñez Masero, 2016](#))

Feto Pequeño para Edad Gestacional (PEG)

Cuando un bebé es pequeño, se debe diferenciar si su tamaño reducido se debe a causa fisiológica (el feto está sano y es simplemente que tiene un tamaño inferior a la media) que sería el caso del PEG, o es patológico, como hemos visto en el CIR (al bebé no le llegan bien los nutrientes). El CIR está más relacionado con el patrón de crecimiento del bebé en un tiempo

determinado, mientras el PEG se refiere a un punto en la curva de peso (percentil). A través de la prueba de ultrasonido se permite hallar el crecimiento fetal. Los más utilizados en la práctica son los referidos a la biometría cefálica: diámetro biparietal (DBP) y la circunferencia cefálica (CC); la circunferencia abdominal (CA) y la longitud femoral (LF), la CA es el parámetro de mayor sensibilidad para ver si hay problemas de crecimiento en el feto ([Álvarez-Guerra et al., 2017](#)). El bajo peso materno también se relaciona con resultados adversos en PEG, CIR y parto pretérmino ([Vilar Sánchez et al., 2017](#))

Hipertensión arterial (HTA) Hipertensión Arterial Gestacional (HTAG):

La HTA es un trastorno, que ocurre cuando antes del embarazo la mujer ya tenía presión arterial alta. La HTGA es un síndrome que aparece en el curso de la gestación y que se define como aparición de hipertensión arterial después de la vigésima semana de embarazo, normalmente va acompañado de proteína en la orina. Su origen parece estar ligado a alteraciones de la placenta, determinando una posible disfunción de los vasos sanguíneos maternos en mujeres predispuestas, debido a factores genéticos, ambientales o prenatales ([Torres-Espínola, et al., 2021](#)). Entre el 15% y 25% de mujeres con hipertensión gestacional desarrollará PE ([NIH, 2015](#)). Cuando es una tensión muy alta, es un trastorno médico grave con una gran variedad de causas que producen cambios funcionales y estructurales en el corazón y sistema vascular que puede incrementar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cerebrales, renales y otras, que frecuentemente conducen a morbilidad y mortalidad prematura ([Croke, 2019](#); [OMS, 2021b](#)) siendo la PE una de las complicaciones del embarazo. En la PE, existe un déficit de flujo útero-placentario, lo que provoca una falta de aporte nutricional y

respiratorio al feto y es el causante de un deterioro del crecimiento y bienestar fetal ([Sánchez López et al., 2018](#)). En el estudio de estos autores, se encontró que, no sólo es una complicación de la gestante, el peso al nacer y la edad gestacional se relacionaron significativamente con el tipo de estado hipertensivo de la madre, describiéndose peores resultados en hijos de gestantes con PE.

Hipertransaminasas:

Las complicaciones hepáticas del embarazo cursan con un aumento de las enzimas hepáticas como las transaminasas, si supera los valores normales pueden dar lugar a complicaciones severas como el síndrome HELLP o rotura hepática ([Escalante Bencomo, 2010](#)).

Infecciones vaginales o urinarias:

En el embarazo normal, la flora microbiana vaginal protege contra infecciones, mediante una serie de mecanismos, pero pueden surgir una serie de bacterias o virus que aumentan el riesgo de sepsis con el consiguiente riesgo de aborto, así como rotura prematura de membranas, parto pretérmino. Así el estreptococo, la candidiasis, la gonorrea, el virus del herpes simple, el papiloma humano, el citomegalovirus, etc. La infección puede ser transmitida al feto a través de la placenta o del canal del parto, causando en caso extremos la muerte fetal ([Brot et al., 2019](#)).

✚ *Periodo intergenésico corto:*

El periodo intergenésico es el lapso de tiempo entre la culminación de un embarazo y la concepción de otro. La asociación panamericana de la salud ha establecido como adecuado un periodo intergenésico de al menos 24 meses. Si la duración entre un embarazo y otro es menor a esos meses se le considera periodo intergenésico breve (PIB)

✚ *Preeclampsia leve y grave:*

Se estima que alrededor del 5% y 10% de mujeres desarrollan preeclampsia. La preeclampsia es una enfermedad específica del embarazo humano, caracterizada por la tensión alta y proteinuria tras la semana 20 de embarazo. Se considera grave cuando junto a los anteriores síntomas se acompaña algún signo de afectación multiorgánica (ej. Afectar la función cerebral y causar convulsiones o coma), cuando es tan grave se denomina eclampsia. Una de las complicaciones graves del trastorno hipertensivo es el “síndrome HELLP” si una mujer embarazada con preeclampsia o eclampsia sufre daño en el hígado y las células sanguíneas. Como factores de riesgo estarían la hipertensión crónica o enfermedad renal antes del embarazo, hipertensión o preeclampsia en un embarazo anterior, obesidad, mujeres menores de 20 o mayores de 35 años, embarazadas con más de un feto, antecedentes familiares de preeclampsia, mujeres afroamericanas (NIH, 2015; SEGO, 2020), así como el estrés psicológico y físico, la depresión, también son factores de riesgos de padecer preeclampsia (Kordi et al., 2017).

Placenta previa:

La placenta previa recubre el orificio endocervical, lo cual indica que primero va la placenta y luego el bebé. Los trastornos de la placenta como la placenta previa, están asociados con sangrado vaginal en la segunda mitad de embarazo. Son causa de morbilidad fetal y materna grave e incluso de mortalidad. Es la principal causa de morbilidad materna en todo el mundo, y está aumentando la incidencia en países desarrollados, principalmente por el incremento de cesáreas anteriores. Más de la mitad de las pacientes que requieren transfusión o que ingresan en una unidad de cuidados intensivos tenían alteraciones de la placenta. La prematuridad es una complicación relacionada con la placenta previa y el único método seguro de parto para una placenta previa es el parto por cesárea ([Silver, 2015](#)).

Alteraciones Tiroideas:

Al igual que la anemia, en este estudio no se analizó el problema tiroideo, pero se considera importante saber que al igual que la anemia, los cambios hormonales durante el embarazo repercuten en el bienestar materno y desarrollo fetal, siendo las alteraciones tiroideas un factor de los más importantes. El feto depende de los mecanismos maternos para la obtención de esta hormona, por lo que un desajuste puede conducir al desarrollo de hipotiroidismo e hipertiroidismo en la madre, con múltiples complicaciones, con consecuencias negativas tanto para el feto como para el bebé ([García et al., 2020](#)).

Sífilis:

La sífilis es una infección que puede curarse y está causada por una bacteria. Se transmite por vía sexual y también, durante el embarazo de la madre al feto. En ausencia de tratamiento en el embarazo pueden surgir resultados adversos como muerte fetal tardía, prematuridad y muerte neonatal ([Neira Varillas y Donaires Toscano, 2019](#)).

Sospecha feto macrosómico:

Factores maternos como el exceso de peso pregestacional, la ganancia de peso excesiva y la diabetes durante la gestación, incrementan la probabilidad de macrosomía en el neonato. El exceso de peso cambia el medio ambiente intrauterino y conlleva a un riesgo mayor de complicaciones obstétricas y neonatales. A nivel sociodemográfico, la macrosomía se da en gestantes más jóvenes, con exceso de peso y nivel educativo bajo ([Agudelo-Espitia et al., 2019](#)).

Trombocitopenia:

La trombocitopenia es una afección que aparece cuando el recuento de plaquetas de la sangre es demasiado bajo. Las plaquetas también reciben el nombre de trombocitos, porque un coágulo de sangre también se llama trombo. Cuando el recuento de plaquetas es bajo, es posible que se tenga dificultades para detener el sangrado ([NIH, 2022](#)). La trombocitopenia está relacionada con el Síndrome de HELLP, que es una forma grave de preeclampsia, ([SEGO, 2020](#)).

2. Parto Distócico

Se entiende por distocia cualquier dificultad de origen fetal o materno en el progreso normal de un parto. El parto eutócico (normal) se caracteriza por la secuencia ordenada de una serie de fenómenos naturales como contracciones uterinas, rítmicas y coordinadas, modificación y dilatación del cuello uterino, descenso del feto a través del canal del parto. Un retraso, estorbo o limitación en cualquiera de estas etapas hace que el parto se prolongue en exceso, que requiera la intervención médica y que ponga en riesgo la salud materna o fetal ([SEGO, 2017](#)).

Bradycardia:

Las arritmias fetales afectan a más del 2% de los embarazos e incluyen irregularidades del ritmo cardíaco, la frecuencia o una combinación de inferior a 110 latidos por minuto. La bradicardia fetal se define como una frecuencia cardíaca fetal inferior a 110 latidos por minuto. La bradicardia fetal sostenida se asocia con patologías severas ([Perín et al., 2014](#)).

Desproporción pélvico cefálica:

La desproporción pélvica cefálica se produce cuando la cabeza o el cuerpo de un bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre. Las posibles causas incluyen: obesidad materna, bebé macrosómico, multiparidad, pelvis pequeña ([American Pregnancy Association](#)).

Hipotonía uterina:

La atonía uterina se define como la incapacidad del útero de contraerse tras el alumbramiento, lo que conlleva una falta de hemostasia del lecho placentario, con la consiguiente hemorragia excesiva en el posparto inmediato, lo que puede ocasionar muerte materna ([Ponce de León-Galarza, 2019](#)). La falta de tono es común en embarazos múltiples, bebés macrosómicos, acretismo placentario (adherencia anormal de la placenta a la pared uterina), antecedentes de atonía uterina, alumbramiento tardío de la placenta.

Inducción por no progresión del parto:

La inducción por no progresión al parto está indicada cuando los riesgos maternos o fetales que se puedan dar al dejar el embarazo a su evolución natural son mayores que los riesgos asociados a adelantar el parto. Aunque se ha propuesto que la inducción puede mejorar los resultados perinatales en mujeres con ciertas complicaciones del embarazo, hay evidencia de que se debe realizar en un número limitado de indicaciones ([ACOG, 2009](#)):

- ❖ Embarazo postérmino.
- ❖ Rotura prematura de membranas a término y pretérmino.
- ❖ Estados hipertensivos del embarazo (preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP).
- ❖ Diabetes mellitus materna.
- ❖ Restricción del crecimiento fetal.
- ❖ Embarazo gemelar.
- ❖ Desprendimiento prematuro de placenta.
- ❖ Muerte fetal intraútero.

Instrumental por alivio de expulsión:

Cuando llega el momento de expulsión y el bebé no nace prolongándose en el tiempo, se requiere a veces de la utilización de instrumentos como fórceps, espátulas o ventosas, para ayudar al bebé. Esto puede deberse a que el bebé no pasa por el canal óseo. Si surgen dudas de si no puede pasar por el canal, se realiza una cesárea.

Meconio:

El meconio constituye la primera evacuación intestinal del recién nacido. Es una sustancia pegajosa, casi inodora y de color negro verdoso, suele pasar durante las 24 horas posteriores a su nacimiento. Ayuda a mantener el líquido amniótico transparente y limpio, pero el estrés fetal puede causar evacuación de meconio al intraútero, pudiendo ser aspirado por el feto dentro del útero o por el recién nacido en el trabajo de parto. Esto puede ocasionar sufrimiento fetal, y es muy importante actuar rápidamente ante dicha situación ([Alcalá et al., 2022](#)).

No movimientos fetales:

Los movimientos fetales suelen ser subjetiva según la percepción de la madre, suelen ser reconocidos a partir de la semana 20 de embarazo. No percibir esos movimientos durante el tercer trimestre puede ser una señal de compromiso fetal (muerte fetal intrauterina o CIR). La evaluación cardiotocográfica a través de ecografía Doppler pueden ser eficaces para la detección y manejo de las embarazadas con ausencia de movimientos fetales ([Valencia-Rincón et al., 2017](#)).

Patología del cordón umbilical

El cordón umbilical es lo que sirve de unión al bebé con su madre en el útero materno. Encargado del transporte de oxígeno y nutrientes, contiene el paquete vascular y también tiene como función la eliminación de tóxicos que podrían dañar al feto. Las graves repercusiones de las alteraciones de este mecanismo se reflejan en muerte perinatal, complicaciones neurológicas y alteraciones en la adaptación neonatal. Las alteraciones en la longitud del cordón umbilical, pueden tener consecuencias en el feto, así como la mionecrosis por la presencia de meconio y otras alteraciones biológicas ([Contreras y Bernal, 2013](#)).

Según [Rodrigo \(2015\)](#) las complicaciones que pueden dañar tanto al feto como a la madre, aunque algunas no se pueden evidenciar antes del parto:

- ❖ *Vueltas en el cordón umbilical*: el cordón umbilical se puede enredar alrededor del bebé. Cualquier presión que se ejerza sobre el cordón puede suponer una alteración en el paso de componentes al feto, en este caso, oxígeno y alimento. Si esto sucede el bebé puede verse afectado seriamente, incluso, en su normal desarrollo y/o crecimiento. A esto se le llama sufrimiento fetal.
- ❖ *Nudos en el cordón umbilical*: Los nudos son habituales en el cordón umbilical, pero tan solo en un 1% de los casos puede suponer un grave problema para el feto. Es difícil detectar un nudo que pueda traer consecuencias negativas para el bebé, durante el embarazo. Pero durante el parto sí es posible detectarlo pues el nudo provoca alteraciones en los latidos cardiacos, que disminuyen en frecuencia.

- ❖ *Cordón umbilical de una sola arteria*: El cordón está formado por tres vasos sanguíneos (una vena y dos arterias). Por una malformación puede que el cordón desarrolle solo una arteria. Las consecuencias sobre el feto son: bajo peso al nacer, posibles alteraciones en el sistema nervioso, sistema renal y sistema cardiovascular. Se da en menos de un 1% de los bebés nacidos.
- ❖ *Prolapso del cordón umbilical*: Sucede cuando en un parto vaginal, en lugar de salir primero la cabeza del bebé, sale el cordón primero. Esto puede poner en peligro al bebé ya que supone una disminución en la frecuencia cardíaca. Ocurre en uno de cada mil partos, y se corre más riesgo de que suceda cuando la bolsa de líquido amniótico se rompe de manera artificial, antes de que el bebé haya descendido a través del canal del parto. En muchas ocasiones suele ser necesaria una cesárea para poder estabilizar rápidamente al bebé.



Polihidramnios.

El polihidramnios ocurre en alrededor del 1% o 2% de embarazos. La mayoría de los casos de polihidramnios son leves y se deben a una acumulación gradual de líquido amniótico durante la segunda mitad del embarazo. El polihidramnios grave puede causar dificultad para respirar, trabajo de parto prematuro y otros signos y síntomas ([Manual MSD](#)).

Presentación fetal

La situación fetal indica la orientación de la columna vertebral del feto en relación a la columna vertebral de la madre. Esta situación fetal normal es longitudinal y no indica si la presentación es cefálica o de nalgas.

La posición se refiere a si el feto está mirando hacia atrás (hacia la espalda de la madre, es decir, boca abajo cuando la madre está tumbada boca arriba) o hacia delante (con la cara hacia arriba). Por lo que la presentación se refiere a la parte del cuerpo del feto que sale primero por el canal del parto. Generalmente es la cabeza, pero a veces lo hacen de nalgas o un hombro. Si el feto se encuentra en otra posición (transversa, de pie de culo) el parto puede que sea más difícil y el alumbramiento puede que no sea posible por vía vaginal ([MANUAL MSD](#)).

Rotura prematura de membranas

Las membranas fetales o saco amniótico y comúnmente llamado bolsa de aguas, es el saco donde se desarrolla el embrión, es una delgada pero resistente membrana transparente que contiene en su interior el líquido amniótico y el feto. La membrana externa (corion) es parte de la placenta. En el lado externo el saco amniótico está conectado al saco vitelino (que provee al embrión de nutrientes y oxígeno y a la vez elimina desechos metabólicos a través del cordón umbilical a la placenta ([UCSan Diego Health](#))).

La ruptura prematura de membranas, se define como la ruptura de las membranas fetales antes de la 37 semana de gestación, con la consiguiente pérdida de líquido amniótico que rodea al feto, siendo responsable de casi el 40% de partos prematuros espontáneos. Entre

los factores de riesgo socioconductuales y demográficos de la rotura prematura, se encuentran el bajo nivel socioeconómico y educativo, el tabaquismo, las difíciles condiciones de trabajo y la etnia africana (Bouvier et al., 2019). Como resultados asociados con la rotura prematura de membranas, encontramos prematuridad, oligohidramnios, desprendimiento prematuro de placenta e infección intrauterina (Bouvier et al., 2019).

Sospecha pérdida bienestar fetal

“Bienestar fetal” se considera aquella situación del feto en la que se encuentra normalidad en todos los parámetros bioquímicos, biofísicos y biológicos fetales. El sufrimiento fetal es una complicación infrecuente del parto. Se produce, por lo general, cuando el feto no ha recibido suficiente oxígeno. El sufrimiento fetal puede ocurrir cuando: el embarazo dura demasiado tiempo (postmadurez); ocurren otras complicaciones del embarazo o del parto (como un parto difícil o un parto rápido). Los médicos suelen identificar el sufrimiento fetal basándose en un patrón anómalo de la frecuencia cardíaca del feto. La asfixia perinatal es una complicación que puede ocasionar, en el neonato, discapacidad como la parálisis cerebral, discapacidad cognitiva, del aprendizaje y desarrollo psicomotor, trastornos de la visión y audición. Los trastornos hipertensivos de la madre, la diabetes, patologías tiroideas, uso de drogas o fármacos; problemas de placenta como el desprendimiento prematuro de placenta, prolapso del cordón umbilical, oligohidramnios y anomalías en los vasos umbilicales y placentarios y relacionado con el feto, el CIR, anemia, insuficiencia cardíaca y postmadurez (Gómez et al., 2022).

Muerte del bebé

3. Motivos de Cesárea

Se suele hablar de cesárea cuando el obstetra decide hacer una intervención quirúrgica abdominal, por ser imposible realizar el parto a través de la vagina. Por lo tanto, una solución rápida para resolver una distocia es finalizar el embarazo con una cesárea (SEGO, 2017), pero esto conlleva riesgos que se deberían tener en cuenta, como es un incremento de la mortalidad materna de 5,5/100.000 vs. 1,6/100.000 de un parto vaginal. También pueden producirse lesiones de las partes blandas o del esqueleto del bebé (SEGO, 2017).

Hay dos tipos de cesáreas:

A) *Cesárea urgente*: En curso de parto o de recurso. Intervención que se realiza durante el curso del parto por indicación materna, fetal o mixta. Siendo las más frecuentes en caso de: desproporción pélvico-fetal, fracaso de inducción, no dilatar durante el parto o no progresión del parto.

B) *Cesárea electiva*: Intervención programada que se realiza en embarazadas con patología materna o fetal que no aconseje un parto vaginal.

Las razones para una cesárea incluyen:

- Problemas de salud de la madre.
- Un embarazo múltiple de la madre y/o con distinta posición fetal al parto.
- El tamaño o posición del bebé.
- La salud del bebé está en peligro.

- Cesáreas previas y/o con ligadura de trompas.
- Preeclamsia.
- Pérdida de bienestar fetal.
- Rotura prematura de bolsa.
- Sangrado genital.
- Desproporción pélvica cefálica.
- Cronológicamente prolongado o pretérmino.
- Cesárea por fracaso de inducción.
- Cesárea por falta de dilatación.
- Polihidramnios.
- No progresión del parto.
- Desprendimiento de placenta.
- Plica vesicouterina muy ascendida (Técnica de cesárea para hacer incisión y realizar apertura por un determinado lugar).

4. Prematuridad

Como se vio anteriormente, la prematuridad es una de las principales causas de mortalidad neonatal, siendo responsable de un alto porcentaje de secuelas infantiles. Se considera prematuridad cuando el bebé nace antes de tiempo. Se considera pretérmino o prematuro extremo cuando tienen menos de 28 semanas, muy prematuros entre la semana 28 y 32, prematuros moderados a tardíos entre la semana 32 y 37 de gestación ([OMS, 2018b](#)), los nacidos entre la semana 41 y 42 se les considera postérmino; siendo su etiología compleja y

multifactorial, interviniendo factores isquémicos, inflamatorios, inmunológicos, mecánicos y hormonales (SEGO, 2014).

5. Peso del recién nacido

Ayerza y Herraiz (2015), dicen que el peso al nacimiento es reflejo de diversas circunstancias que se dan durante el embarazo y se asocia a gran variedad de factores. Así la mayoría de los recién nacidos de muy bajo peso son producto de una prematuridad grave, mientras que los nacidos con bajo peso obedecen a diferentes factores como prematuridad leve, crecimiento fetal restringido, hipertensión materna, etc. El peso normal de un bebé recién nacido oscila entre los 2,500gr. y los 4kg.