

Nota de clase

Más allá de la gestación: Manifestaciones, factores y riesgos de la depresión prenatal.

Beyond Gestation: Manifestations, Factors, and Risks of Prenatal Depression.

Daniel Felipe Sanabria-Hernández^{1,a}, Valery Leilany Briñez-Prada^{2,a}

1. Estudiante de Medicina.

a. Universidad Pontificia Bolivariana (Colombia).

CORRESPONDENCIA

Daniel Felipe Sanabria Hernández
ORCID ID <https://orcid.org/0009-0004-5100-851X>
Universidad Pontificia Bolivariana (Colombia).
E-mail: daniel.sanabria@upb.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 06 de marzo de 2026.

ACEPTADO: 19 de julio de 2026.

RESUMEN

Introducción: La depresión durante el embarazo es un problema de salud pública que impacta negativamente en la salud materna y fetal. A pesar de su alta prevalencia, continúa siendo subdiagnosticada y subtratada. **Metodología:** Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica reciente, centrada en la identificación de síntomas, factores de riesgo y consecuencias clínicas de la depresión antenatal. **Resultados:** Factores como el embarazo no planeado, antecedentes de violencia, escaso apoyo social y trastornos psiquiátricos previos aumentan el riesgo de depresión durante la gestación. Esta condición se asocia con complicaciones como preeclampsia, parto pretérmino, bajo peso al nacer y trastornos neuropsiquiátricos en la descendencia. **Conclusión:** Es fundamental implementar estrategias eficaces de tamizaje y tratamiento oportuno de la depresión prenatal para mejorar los desenlaces materno-infantiles y proteger el bienestar del binomio madre-hijo.

Palabras clave: Depresión postparto, depresión, complicaciones del embarazo, riesgos de depresión, manifestaciones de la depresión, embarazo.

ABSTRACT

Introduction: Depression during pregnancy is a public health problem that negatively impacts maternal and fetal health. Despite its high prevalence, it continues to be underdiagnosed and undertreated. **Methodology:** A narrative review of recent scientific literature was conducted, focused on the identification of symptoms, risk factors, and clinical consequences of antenatal depression. **Results:** Factors such as unplanned pregnancy, a history of violence, poor social support, and previous psychiatric disorders increase the risk of depression during gestation. This condition is associated with complications such as preeclampsia, preterm birth, low birth weight, and neuropsychiatric disorders in the offspring. **Conclusion:** It is essential to implement effective screening strategies and timely treatment for prenatal depression to improve maternal-child outcomes and protect the well-being of the mother-child dyad.

Key words: Postpartum depression, depression, pregnancy complications. Risks of depression, manifestations of depression, pregnancy.

Sanabria-Hernández DF, Briñez-Prada VL. Más allá de la gestación: Manifestaciones, factores y riesgos de la depresión prenatal. *Salutem Scientia Spiritus* 2026; 12(3):134-139.



La Revista Salutem Scientia Spiritus usa la licencia Creative Commons de Atribución - No comercial - Sin derivar.

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

INTRODUCCIÓN

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) define la depresión antenatal como un episodio depresivo mayor (EDM), el cual se asocia principalmente con factores ambientales y genéticos.¹ Por ello, cada día subyace más la necesidad de adoptar un enfoque que tenga en cuenta el género en el ámbito de los trastornos de salud mental, puesto que este influye en todos los aspectos de la psicopatología, incluyendo la prevalencia, el curso de la enfermedad y la expresión de síntomas.²

A pesar del creciente reconocimiento de la importancia de la salud mental perinatal —que comprende tanto el embarazo como el posparto—, su abordaje en el contexto clínico continúa siendo limitado y, en muchos casos, pasa desapercibido en la atención médica habitual.³ Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), los factores psicosociales, que incluyen eventos estresantes como muerte de un familiar, desempleo, ruptura de pareja, poco apoyo social, escaso apoyo de la pareja, bajos ingresos familiares, embarazo no deseado, violencia física o emocional, consumo de tabaco, abuso de sustancias, nivel educativo bajo e historia personal de trastornos psiquiátricos, deben ser objeto de evaluación en la consulta ginecoobstétrica en aras de identificar prematuramente factores de riesgo que representen una amenaza en el curso del embarazo y futuro desarrollo del bebé.⁴

Numerosos estudios encuentran que el estrés y la depresión perinatal tienen relación directa con la aparición de anomalías placentarias, necrosis vellosa y decidual, hemorragia, inflamación aguda, aumento de factores proinflamatorios, infecciones e inmunodeficiencia.⁵ Estos generan alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, y, por ende, se ven reflejados niveles elevados de hormona liberadora de corticotropina (CRH), que incrementan el riesgo de parto prematuro, al igual que la liberación de catecolaminas que se ve reflejada en afecciones en la tonalidad de los vasos sanguíneos periféricos, lo cual contribuye al desarrollo de preeclampsia, retraso en el crecimiento intrauterino y parto pretérmino.⁶

La falta de consenso sobre la metodología y poblaciones analizadas en los estudios dificulta el progreso para la determinación certera de la prevalencia de la depresión durante el embarazo y el posparto. Más del 70% de las mujeres embarazadas reportan síntomas depresivos; entre el 10% y el 16% son acordes a los criterios para trastorno depresivo mayor, y más del 10% de las mujeres evaluadas por depresión posparto consultaron por síntomas que ya presentaban durante el embarazo.⁷

En este contexto, se hace imperativo fomentar la investigación rigurosa sobre la salud mental perinatal, con el fin de fortalecer la detección precoz, el abordaje clínico integral y profundizar en el

conocimiento de los factores biológicos, psicológicos y sociales que inciden en los trastornos afectivos durante el embarazo.⁸

SÍNTOMAS DEPRESIVOS MÁS FRECUENTES EN EL EMBARAZO

La literatura muestra que dos tercios de las mujeres embarazadas en el primer y tercer trimestre de embarazo manifiestan síntomas psicológicos como ansiedad, irritabilidad y cambios de humor.⁹

Por otra parte, los pensamientos suicidas están ligados directamente con la edad de la gestante: entre mayor sea la mujer, mayor es el riesgo de pensamientos suicidas.¹⁰ La prevalencia de depresión durante el embarazo fue del 19% en Colombia,¹¹ 30% en Canadá, 19,6% en los Estados Unidos y 19,6% en Brasil.¹² Por ende, sería pertinente concluir que el período de gestación en un período específico es un factor variante significativo en la depresión prenatal.¹³ Se demostró que el estrés que conlleva al parto se correlaciona con la depresión o síntomas depresivos.¹⁴

La depresión en el embarazo presenta síntomas allegados a otros cuadros depresivos que pueden presentarse en diferentes etapas de la vida; algunos de estos síntomas pueden atribuirse o confundirse con síntomas propios del embarazo, lo que puede dificultar el diagnóstico de depresión, como astenia, labilidad emocional, cansancio, trastornos del sueño e irritabilidad.¹⁵

Diversos estudios evidencian que una mayor exposición durante el embarazo a eventos vitales estresantes, tales como embarazo no deseado, dificultades económicas, violencia intrafamiliar y antecedente previo de problemas emocionales, ansiedad, estrés y depresión, muestra una asociación en mayor medida en el desarrollo de depresión durante la etapa gestacional, y se asocia con bajo peso al nacer, aumento de riesgo de parto prematuro, preeclampsia e irritabilidad neonatal.¹⁶

La depresión en el embarazo es el mayor factor de riesgo para desarrollar depresión posparto; aquellas mujeres que cursan un episodio depresivo durante el embarazo tienen un 50% de probabilidades de desarrollar una depresión posparto.¹⁷ A pesar de que hay instrumentos de tamizaje para medir la depresión en el embarazo, como la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPS) o las Preguntas Whooley (Guías NICE), hay evidencia de que la depresión durante el embarazo es subdiagnosticada y poco tratada; esto es dado por diversas razones que influyen en la dificultad directa para comenzar un tratamiento oportuno para tratar la depresión en el embarazo.¹⁸

Se han implementado diversas estrategias como la psicoeducación, que sirve como técnica de autocuidado para la madre, aliviando así cualquier síntoma adyacente que pueda afectar al bebé.^{19,20} En casos severos de depresión posparto, especialmente

en aquellas mujeres que tienen ideas suicidas activas, se debe considerar la hospitalización y la terapia electroconvulsiva (TEC), siendo una intervención eficaz, rápida y segura.²¹

Los síntomas depresivos durante el embarazo, como la ansiedad, irritabilidad, fatiga e insomnio, son frecuentes y pueden confundirse con cambios propios de la gestación, lo que dificulta su detección oportuna; diversos factores, como el embarazo no deseado, antecedentes de trastornos mentales, violencia o estrés psicosocial, aumentan significativamente el riesgo de depresión prenatal.²² Esta condición no solo afecta la salud mental materna, sino que también se asocia con complicaciones obstétricas como parto prematuro, bajo peso al nacer y preeclampsia.²³

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Sin duda, el embarazo es uno de los procesos naturales más importantes y trascendentales tanto a nivel psicosocial como físico para la mujer.²⁴ En este contexto, resulta fundamental reconocer los factores asociados a su aparición, los cuales pueden influir significativamente en el bienestar materno durante la gestación.²⁵

El maltrato generalizado, en especial en etapas tempranas de la vida, que incluye abuso sexual, abuso físico, pobreza, enfermedad o lesión física, muerte de un miembro de la familia, violencia doméstica, desastre natural y abuso emocional,²⁶ representa un incremento significativo en la aparición de comorbilidades durante el embarazo, de las cuales resaltan trastornos psiquiátricos y problemas en la conciliación del sueño, comportamientos que atentan contra la salud de la gestante y por consiguiente contra el desenlace del embarazo.²⁷

A nivel molecular esta relación se explica por un fallido desarrollo del sistema de respuesta neurobiológico ante el estrés, que conjuga el sistema simpático humano, serotoninérgico y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal.²⁸ Esta disfunción se asocia con un mayor riesgo de abuso de sustancias, trastorno bipolar, conductas sexuales de alto riesgo y suicidio materno.²⁹

De mayor gravedad aún, se estima que más de la mitad de los casos globales de depresión se atribuyen directamente al maltrato infantil en la adultez y en mayor proporción durante la gravidez.³⁰ Por ello, se establecen estos como predictores sólidos de la depresión prenatal, independientemente de las características demográficas, incluyendo la edad de las participantes, el país de residencia, el estado de pareja, la etnicidad y el nivel de ingresos.³¹

La falta de apoyo social y de la pareja fue el siguiente factor de riesgo más comúnmente asociado con la depresión prenatal (PND), según lo reportado en cuatro revisiones sistemáticas sintetizadas en el estudio de Fekadu *et al*, que abarcan 47 estudios

primarios donde se analizaron alrededor de 226.000 participantes.³² Este modelo teórico muestra influencias directas de estas dos variables sobre el nivel socioeconómico (NSE), el estrés y el apoyo sobre el funcionamiento emocional, así como una influencia indirecta del estrés sobre el malestar emocional que está mediada parcialmente por el apoyo social.

Además, la evidencia sobre la función protectora del apoyo social contribuye a las intervenciones basadas en apoyo social que se utilizan para tratar de reducir los resultados adversos durante el embarazo. Se planteó la hipótesis de que el estrés estaría relacionado con el malestar emocional, mientras que el apoyo social y el nivel socioeconómico (NSE) tendrían asociaciones inversas con el malestar emocional. También se planteó la hipótesis de que las mujeres con bajos niveles de apoyo social mostrarían relaciones más fuertes entre el estrés y el malestar emocional que las mujeres con altos niveles de apoyo social.

Además de los factores psicosociales y ambientales, la predisposición genética también desempeña un papel fundamental en el desarrollo de síntomas depresivos durante la gestación. Diversos estudios han identificado variantes genéticas relacionadas con la regulación de neurotransmisores, como el gen del transportador de serotonina (5-HTTLPR), que se asocian con una mayor vulnerabilidad a los trastornos afectivos en presencia de eventos estresantes.³³ Esta interacción entre genes y ambiente puede modificar la expresión génica sin alterar la secuencia del ADN, afectando así los sistemas neuroendocrinos implicados en la respuesta al estrés; en el contexto del embarazo, estas alteraciones pueden amplificar el impacto del estrés psicosocial, potenciando la aparición de síntomas depresivos y aumentando el riesgo de trastornos psiquiátricos tanto en la madre como en la descendencia.³⁴

IMPACTO DE LA DEPRESIÓN NO TRATADA EN LA SALUD MATERNA DURANTE EL EMBARAZO

Estudios previos han investigado las amplias implicaciones físicas y mentales de la depresión mayor no tratada en una persona gestante durante el embarazo; estos problemas, que surgen principalmente durante los periodos antenatal y de parto, se manifiestan en formas como trabajo de parto prolongado, preeclampsia, mayor incidencia de parto por cesárea y una mayor probabilidad de participar en conductas de salud de alto riesgo.³⁵

La preeclampsia, que normalmente se asocia con presión arterial alta y un desarrollo vascular inadecuado en la placenta, es una complicación uterina potencialmente mortal que se presenta con mayor frecuencia en personas gestantes con depresión.³⁶

En un estudio de cohorte realizado en Irán con 394 mujeres, Khanghah *et al* encontraron que, del total de participantes, 212 fueron diagnosticadas con depresión no tratada y la incidencia de

preeclampsia fue del 6,13%, en comparación con una incidencia del 2,20% en las personas gestantes sin depresión.³⁷

La relación entre la depresión no tratada y la preeclampsia podría estar en la respuesta inflamatoria del sistema inmunológico humano.³⁸ Por razones que aún están siendo investigadas, la depresión durante el embarazo podría afectar negativamente y agravar la respuesta inmune e inflamatoria del cuerpo, lo que podría conducir a una inflamación del endotelio vascular y, posiblemente, al desarrollo de preeclampsia.³⁹

Además de la preeclampsia, la depresión no tratada en el embarazo se ha asociado con un mayor riesgo de parto prolongado y otras complicaciones obstétricas.⁴⁰ El estrés y la alteración en la regulación neuroendocrina pueden afectar la dinámica uterina, retrasando el inicio y progreso del trabajo de parto.⁴¹ Estudios han reportado que mujeres con síntomas depresivos presentan una mayor probabilidad de experimentar un trabajo de parto prolongado, lo que puede estar vinculado a alteraciones en la secreción de hormonas como la oxitocina y un incremento en los niveles de catecolaminas, que afectan la contractilidad uterina; estas complicaciones, sumadas a la posible inflamación endotelial relacionada con la depresión, resaltan la importancia de una detección precoz y manejo adecuado de la salud mental durante la gestación para mejorar los desenlaces maternos y neonatales.⁴²

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO FETAL VINCULADAS A LA DEPRESIÓN MATERNA NO TRATADA

Más allá de ser perjudicial para la salud física y mental de la madre, la depresión mayor no tratada durante el embarazo también puede tener efectos significativos en los hijos, tanto inmediatamente después del nacimiento como a lo largo de sus vidas. Las principales variables que, según la literatura, se han correlacionado con la depresión antenatal no tratada incluyen el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, variabilidad anormal de la frecuencia cardíaca fetal (FHRV), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y otros retrasos en el desarrollo.⁴³

Se ha encontrado que la depresión mayor no tratada durante el embarazo se correlaciona con tasas más altas de trastornos mentales en los hijos, incluidos el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y la depresión.⁴⁴ En un estudio de cohorte retrospectivo realizado con 5.635 mujeres embarazadas y sus hijos, Nidey *et al.* encontraron que los niños nacidos de madres con depresión perinatal tenían más de tres veces más probabilidades de ser diagnosticados con TDAH.⁴⁵

Esto se puede explicar fisiopatológicamente con los niveles de cortisol, que son aquellos responsables de impactar el desarrollo fetal a través del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA). Por lo tanto, al verse significativamente elevados estos valores en

las mujeres con depresión prenatal, contribuyen directamente al aumento en la incidencia del desarrollo de trastornos neurocognitivos como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) que puede presentarse más adelante en la vida del niño.

Además de los trastornos neurocognitivos, la depresión mayor no tratada durante el embarazo se ha asociado con diversas anomalías físicas en el recién nacido.⁴⁶ Entre estas, se destacan el bajo peso al nacer, el parto prematuro y alteraciones en la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal (FHRV), indicadores de estrés fetal y desarrollo insuficiente.⁴⁷ Estas complicaciones pueden estar vinculadas a la exposición fetal prolongada a niveles elevados de cortisol materno, que afecta la maduración de sistemas orgánicos críticos, incluyendo el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central.⁴⁸ Asimismo, la inflamación sistémica materna relacionada con la depresión puede impactar negativamente el ambiente intrauterino, favoreciendo alteraciones en el crecimiento y desarrollo fetal; estas anomalías físicas no solo representan un riesgo inmediato para la supervivencia y salud neonatal, sino que también pueden predisponer a complicaciones crónicas en etapas posteriores de la vida, subrayando la importancia de la detección y tratamiento oportuno de la depresión durante el embarazo.^{49,50}

CONCLUSIÓN

La depresión durante el embarazo es una condición clínica de alta prevalencia y baja detección, cuya repercusión compromete tanto la salud mental de la madre como el desarrollo físico y neurocognitivo del feto. La evidencia científica destaca la necesidad urgente de implementar estrategias de tamizaje en la atención prenatal, reforzar el apoyo psicosocial y garantizar el tratamiento integral de los trastornos afectivos en la gestación. Un abordaje preventivo y oportuno puede no solo reducir las complicaciones obstétricas, sino también mejorar el pronóstico en la vida futura del binomio madre-hijo.

DECLARACIÓN DE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA (IAG)

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de Inteligencia Artificial Generativa (IAG), Modelos de Lenguaje a Gran Escala (LLM) ni tecnologías asistidas por Inteligencia Artificial (IA) en ninguna de las etapas de conceptualización, redacción, procesamiento de datos o creación de imágenes de este manuscrito.

REFERENCIAS

1. Vahia VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian J Psychiatry*. 2013; 55(3):220-3. DOI: 10.4103/0019-5545.117131.
2. Gaviria S., Alarcón R.d.: Psicopatología y género: visión

- longitudinal e histórica a través del DSM. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010; 39: pp. 389-404. DOI: 10.1016/S0034-7450(14)60258-4
3. Navarrete LE, Lara-Cantú MA, Navarro C, Gómez ME, Morales F. Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto [Psychosocial factors predicting postnatal anxiety symptoms and their relation to symptoms of postpartum depression]. *Rev Invest Clin.* 2012; 64(6 Pt 2):625-33.
4. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, *et al.* The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2013; 74(4):e321-e341. DOI:10.4088/JCP.12r07968
5. Hsiao EY, Patterson PH. Placental regulation of maternal-fetal interactions and brain development. *Dev Neurobiol.* 2012;72(10):1317-26. DOI:10.1002/dneu.22045
6. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, *et al.* Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry.* 2004; 608-20. DOI:10.1176/appi.ajp.161.4.608
7. Radoš SN, Akik BK, Žutić M, *et al.* Diagnosis of peripartum depression disorder: A state-of-the-art approach from the COST Action Riseup-PPD. *Compr Psychiatry.* 2024; 130:152456. DOI:10.1016/j.comppsy.2024.152456
8. De Castro F, Place JM, Allen-Leigh B, *et al.* Provider report of the existence of detection and care of perinatal depression: quantitative evidence from public obstetric units in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2016; 58:468-71
9. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med.* 2008; 359(1):61-73.
10. Fonseca-Machado, *et al.* Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo [Under the shadow of maternity: pregnancy, suicidal ideation, and intimate partner violence]. *Rev Panam Salud Publica.* 2015; 37(4-5):258-264.
11. Páez AF, Bustamante-Villamizar LA, Sepúlveda-Arias JC. Maternal mental health during pregnancy and associated factors: A cross-sectional study in Antioquia, Colombia, during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022; 158(3):743-50. DOI:10.1002/ijgo.14266.
12. Aktas S, Yesilcicek Calik K. Factors Affecting Depression During Pregnancy and the Correlation Between Social Support and Pregnancy Depression. *Iran Red Crescent Med J.* 2015; 17(9):e16640. Published 2015 DOI:10.5812/ircmj.16640
13. Park JH, Karmaus W, Zhang H. Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms in Korean Women throughout Pregnancy and in Postpartum Period. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2015; 9(3):219-25. DOI:10.1016/j.anr.2015.03.004
14. Slade P, Morrell CJ, Rigby A, Ricci K, Spittlehouse J, Brugha TS. Postnatal women's experiences of management of depressive symptoms: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2010; 60(580):e440-48. DOI:10.3399/bjgp10X532611
15. Lancaster C, Gold K, Flynn H, Yoo H, Marcus S. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202:5-14. DOI: 10.1016/j.ajog.2009.09.007
16. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Research report: Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord.* 2000; 59:31-40. DOI: 10.1016/s0165-0327(99)00128-7
17. Navarrete M, Nieto L, Lara MA, Lara MC. Sensitivity and specificity of the three Whooley and Arroll questions for detecting perinatal depression in Mexican women. *Salud Pública Mex.* 2019; 61:27-34. DOI: 10.21149/9083
18. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Roerecke M, Rehman J, Dennis CL, *et al.* The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcome: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2013; 74:e321-41. DOI: 10.4088/JCP.12r07968
19. Williams KE, Rasgon NL, Robakis T, Johansen S. Management of perinatal depression with non drug interventions. *BMJ.* 2019; 25(364):I322. DOI: 10.1136/bmj.m1401
20. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Roerecke M, Rehman J, Dennis CL, *et al.* The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcome: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2013; 74:e321-e341. DOI: 10.4088/JCP.12r07968
21. Doucet S, Dennis CL, Letourneau N, Blackmore ER. Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. *J Obstet gynecol Neonatal Nurs.* 2009; 38:269-79. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2009.01019.x
22. Konjevod M, Gredicak M, Vuic B, *et al.* Overview of metabolomic aspects in postpartum depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2023; 127:110836. DOI:10.1016/j.pnpbp.2023.110836
23. Tosto V, Ceccobelli M, Lucarini E, *et al.* Maternity Blues: A Narrative Review. *J Pers Med.* 2023; 13(1):154. Published 2023 Jan 13. DOI:10.3390/jpm13010154
24. Aktas S, Yesilcicek Calik K. Factors Affecting Depression During Pregnancy and the Correlation Between Social Support and Pregnancy Depression. *Iran Red Crescent Med J.* 2015. 22; 17(9):e16640. DOI: 10.5812/ircmj.16640.
25. de Jesus S, Monica M, *et al.* "Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors." *Investigación y Educación en Enfermería.* 2016; 34(3):342-50. DOI: 10.17533/udea.iee.v34n2a14
26. LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister JA, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020; 59(7):842-55. DOI: 10.1016/j.jaac.2019.10.011.
27. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry.* 2016; 3(10):973-82. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30284-X
28. LeMoult J, Humphreys KL, Tracy A, Hoffmeister JA, Ip E, Gotlib IH. Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020; 59(7):842-55. DOI: 10.1016/j.

- jaac.2019.10.011.
29. Humphreys KL, LeMoult J, Wear JG, Piersiak HA, Lee A, Gotlib IH. Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2020; 102:104361. DOI: 10.1016/j.chiabu.2020.104361.
30. Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med.* 2016; 46(4):717-30. DOI: 10.1017/S0033291715002743.
31. Shamblaw AL, Cardy RE, Prost E, Harkness KL. Abuse as a risk factor for prenatal depressive symptoms: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health.* 2019; 22(2):199-213. DOI: 10.1007/s00737-018-0900-8.
32. Dadi, A.F., Miller, E.R., Bisetegn, T.A. *et al.* Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health.* 2020; 20. 173. DOI: 10.1186/s12889-020-8293-9
33. Scheid JM, Holzman CB, Jones N, *et al.* Depressive symptoms in mid-pregnancy, lifetime stressors and the 5-HTTLPR genotype. *Genes Brain Behav.* 2007; 6(5):453-464. DOI:10.1111/j.1601-183X.2006.00272.x
34. Scheid JM, Holzman CB, Jones N, *et al.* Life stressors and 5-HTTLPR interaction in relation to midpregnancy depressive symptoms among African-American women. *Psychiatr Genet.* 2011; 21(6):271-280. DOI:10.1097/YPG.0b013e32834603e8
35. Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, Alfonso M. Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *Cureus.* 2021; 13(8):e17251. DOI: 10.7759/cureus.17251
36. Wichman CL, Stern TA. Diagnosing and Treating Depression During Pregnancy. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2015; 17(2):10.4088/PCC.15f01776. DOI: 10.4088/PCC.15f01776.
37. Khanghah AG, Khalesi ZB, Hassanzadeh R Afagh. The importance of depression during pregnancy. *JBRA Assist Reprod.* 2020; 24(4):405-10. DOI: 10.5935/1518-0557.20200010.
38. Roberts JM. Preeclampsia epidemiology(ies) and pathophysiology(ies). *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2024; 94:102480. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2024.102480.
39. Bansil P, Kuklina EV, Meikle SF, *et al.* Maternal and fetal outcomes among women with depression. *J Womens Health.* 2010; 19(2):329-34. DOI:10.1089/jwh.2009.1387
40. Price SM, Caughey AB. The impact of prenatal care on pregnancy outcomes in women with depression. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022; 35(20):3948-54. DOI:10.1080/14767058.2020.1844655
41. Bodunde EO, Buckley D, O'Neill E, *et al.* Pregnancy and birth complications and long-term maternal mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2025; 132(2):131-42. DOI:10.1111/1471-0528.17889
42. Ayala NK, Schlichting L, Lewkowitz AK, *et al.* The Association of Antenatal Depression and Cesarean Delivery among First-Time Parturients: A Population-Based Study. *Am J Perinatol.* 2023; 40(4):356-62. DOI:10.1055/a-1960-2919
43. Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Höfler M, Wittchen HU. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *J Affect Disord.* 2015; 175:385-95. DOI:10.1016/j.jad.2015.01.012
44. aleschini S, Rifas-Shiman S, Tiemeier H, Oken E, Hivert M. Associations of prenatal and postnatal maternal depressive symptoms with offspring cognition and behavior in mid-childhood: a prospective cohort study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(6). DOI:10.3390/ijerph16061007
45. Nidey NL, Momany AM, Strathearn L, *et al.* Association between perinatal depression and risk of attention deficit hyperactivity disorder among children: a retrospective cohort study. *Ann Epidemiol.* 2021;63:1-6. DOI:10.1016/j.annepidem.2021.06.005
46. Yang J, Qu Y, Zhan Y, *et al.* Trajectories of depressive symptoms during pregnancy and risk of premature birth: A multicenter and prospective cohort study. *Psychiatry Res.* 2023; 326:115284. DOI:10.1016/j.psychres.2023.115284
47. Ghimire U, Papabathini SS, Kawuki J, Obore N, Musa TH. Depression during pregnancy and the risk of low birth weight, preterm birth and intrauterine growth restriction- an updated meta-analysis. *Early Hum Dev.* 2021; 152:105243. DOI:10.1016/j.earlhumdev.2020.105243
48. Lahti-Pulkkinen M, Girchenko P, Robinson R, *et al.* Maternal depression and inflammation during pregnancy. *Psychol Med.* 2020; 50(11):1839-51. DOI:10.1017/S0033291719001909
49. Sominsky L, O'Hely M, Drummond K, *et al.* Pre-pregnancy obesity is associated with greater systemic inflammation and increased risk of antenatal depression. *Brain Behav Immun.* 2023; 113:189-202. DOI:10.1016/j.bbi.2023.07.005
50. Stroud LR, Papandonatos GD, Parade SH, *et al.* Prenatal Major Depressive Disorder, Placenta Glucocorticoid and Serotonergic Signaling, and Infant Cortisol Response. *Psychosom Med.* 2016; 78(9):979-90. DOI:10.1097/PSY.0000000000000410