

Los efectos de la relajación sobre los niveles de depresión en mujeres con embarazos de alto riesgo: un ensayo clínico aleatorizado¹

Wanda Scherrer de Araújo²
Walckiria Garcia Romero³
Eliana Zandonade³
Maria Helena Costa Amorim⁴

Objetivo: analizar los efectos de la relajación como una intervención de enfermería sobre los niveles de depresión de mujeres hospitalizadas con embarazos de alto riesgo. **Métodos:** un ensayo clínico aleatorizado realizado en un centro de referencia para embarazos de alto riesgo. La muestra consistía en 50 mujeres con embarazos de alto riesgo (25 en el grupo control y 25 en el grupo de intervención). Se aplicó la técnica de relajación de Benson al grupo de intervención durante cinco días. Las variables control se recogieron usando un formulario prediseñado, y los signos y síntomas de depresión se evaluaron usando la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE, Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS). El Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS, del inglés Statistical Package for Social Sciences), versión 20.0, se usó con un nivel de significación del 5%. La prueba de Wilcoxon y la prueba de t de Student pareada se usaron para evaluar los niveles de depresión entre dos puntos en el tiempo. Usando datos categóricos, la prueba de McNemar se usó para analizar diferencias en la severidad de la depresión antes y después de la intervención. **Resultados:** los niveles de depresión disminuyeron en el grupo de intervención a los cinco días después de que la técnica de relajación fuera aplicada (4.5 ± 3 , $p < 0.05$) en comparación con los niveles del primer tiempo (10.3 ± 5.9). **Conclusión:** como una intervención de enfermería, la relajación fue efectiva en la reducción de los síntomas de depresión en mujeres hospitalizadas con embarazos de alto riesgo.

Descriptores: Relajación; Depresión; Embarazo de Alto Riesgo; Atención de Enfermería.

¹ Artículo parte de la disertación de maestría "Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomized clinical trial", presentada a la Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

² MSc, Enfermera, Hospital Universitário Cassiano Antonio de Mores, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

³ PhD, Profesor Adjunto, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asociado, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Cómo citar este artículo

Araujo WS, Romero WG, Zandonade E, Amorim MHC. Effects of relaxation on depression levels in women with high-risk pregnancies: a randomised clinical trial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2806. [Access $\frac{\text{mes}}{\text{mes}}$ $\frac{\text{día}}{\text{día}}$ $\frac{\text{año}}{\text{año}}$]; Available in: $\frac{\text{URL}}{\text{URL}}$. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1249.2806>.

Introducción

El embarazo puede producir tanto la alegría como la ilusión, pero muchas mujeres experimentan tristeza y ansiedad puesto que el embarazo y el periodo de postparto implican muchos cambios físicos, hormonales, psicológicos y sociales que pueden tener un impacto directo en la salud mental⁽¹⁾.

Además, las mujeres con embarazos de alto riesgo son vulnerables a los cambios emocionales puesto que experimentan sentimientos de culpa y/o incapacidad, los cuales pueden llevar a sentimientos de malestar respecto a sus vidas y a las vidas de sus hijos⁽²⁾.

La depresión es actualmente la enfermedad mental más común durante el embarazo y el periodo postparto. Aproximadamente, una de cada cinco mujeres embarazadas experimenta depresión, pero la mayoría no se diagnostican o no son tratadas adecuadamente por depresión⁽³⁾.

La literatura muestra que algunos estudios se han centrado en la depresión postparto, pero la depresión durante el embarazo es también un problema de salud pública importante y un factor de riesgo de depresión postparto, lo que indica la necesidad de intervenciones antes del parto⁽⁴⁾.

La depresión durante el embarazo parece ser más prevalente durante el tercer trimestre, con una incidencia de aproximadamente 20% en países en vías de desarrollo y entre un 10% y un 15% en países desarrollados. Los niveles de depresión son mayores en embarazos de alto riesgo, y la depresión está también asociada con los siguientes factores de riesgo: un historial previo de depresión, dificultades económicas, desempleo, un nivel de educación bajo, una falta de apoyo social, abuso de sustancias, situaciones estresantes y violencia doméstica⁽⁵⁾. Los síntomas de la depresión gestacional han sido correlacionados con otros factores, incluida la ansiedad materna, el estrés de la vida, un historial previo de depresión, falta de apoyo social, violencia doméstica, un embarazo no deseado y factores de la relación de pareja⁽⁶⁾. La magnitud de estos cambios psicológicos dependerá de factores biológicos, familiares, conyugales, sociales y culturales y de la personalidad de la mujer embarazada⁽⁷⁾.

Los estudios han demostrado que la depresión produce efectos adversos significativos sobre la salud materna y fetal. En una revisión sistemática de estudios publicados desde 1999 hasta febrero de 2008 sobre las consecuencias perinatales de la depresión durante el embarazo sobre la madre y su bebé, se ha demostrado que la depresión gestacional era un factor de riesgo para la depresión postparto, la pre-eclampsia y el parto prematuro, especialmente en mujeres embarazadas de

clases socioeconómicas bajas⁽⁸⁾. Los principales efectos de la depresión sobre el feto estaban asociados con bajo peso al nacer⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Un análisis del uso de técnicas de relajación para aliviar el dolor durante el tratamiento oncológico a través de una relajación muscular progresiva, imágenes guiadas, biorretroalimentación, hipnosis y meditación concluyó que estas técnicas reducían la percepción del dolor, náusea, estrés e insomnio y que actúan como coadyuvantes de los medicamentos⁽¹¹⁾. El yoga también se ha usado como una intervención. De hecho, el yoga ha demostrado reducir la presión arterial en pacientes con hipertensión arterial, y puede ser usado potencialmente como un recurso no farmacológico para ayudar a pacientes con hipertensión⁽¹²⁾. Un estudio de pacientes durante el periodo postparto usó la técnica de relajación de Benson descrita en este estudio y encontró un incremento significativo en los niveles de inmunoglobulina A (IgA) en el grupo de intervención⁽¹³⁾.

Dada la evidencia científica de que el embarazo puede llevar a síntomas de depresión que afectan a la salud materna y fetal y de que mujeres con embarazos de alto riesgo son más vulnerables a estos cambios, el estudio descrito aquí es necesario para ayudar a enfermeros y equipos de atención sanitaria en el desarrollo de planes de cuidados para estas mujeres embarazadas. En consecuencia, hemos tratado de analizar los efectos de la relajación sobre los niveles de depresión en mujeres hospitalizadas con embarazos de alto riesgo.

Métodos

Diseño del estudio

Este ensayo clínico aleatorizado se llevó a cabo en la sala de maternidad del Hospital Universitario Cassiano Antonio Moraes de la ciudad de Victoria (Espírito Santo, Brasil), el cual está reconocido como un centro de referencia para embarazos de alto riesgo. Los datos se recogieron en 2013.

El autor asignó aleatoriamente las mujeres embarazadas a los grupos control e intervención en el momento del ingreso, y no se ha hecho ningún contacto previo con estas mujeres.

Población y muestra

La muestra consistió en cincuenta mujeres hospitalizadas con embarazos de alto riesgo a cualquier edad gestacional. Todas tenían 18 años de edad o más y habían sido hospitalizadas durante más de 24 horas en la sala de maternidad del hospital. Se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: una discapacidad

auditiva o del habla, una discapacidad mental o demencia que puede interferir con la entrevista o la intervención, y una estancia hospitalaria inferior a cinco días.

El tamaño de muestra se calculó para ambos grupos asumiendo que el nivel de significación es de un 5% y la potencia de la prueba es de un 80%. La diferencia mínima en los niveles de depresión que quisimos detectar era de 4, y la desviación estándar en ambos grupos era de 5. Así, se obtuvo un tamaño adecuado, con 25 mujeres embarazadas en cada grupo. Estos datos se generaron con el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), versión 18.0, con una lista aleatoria de controles e intervenciones de acuerdo a la solicitud espontánea de las mujeres embarazadas. Estas mujeres fueron entonces asignadas a los grupos en ese orden. Para evitar el efecto Hawthorne, es decir, para evitar la contaminación de sujetos en el grupo control con aquellos en el grupo de intervención, se tomaron algunas medidas; por ejemplo, no se permitió a los pacientes de grupos diferentes ser hospitalizados en la misma sala.

Recogida de datos

Cada día, se seleccionaron los registros relacionados con las mujeres con embarazos de alto riesgo que podían participar en el estudio. El investigador llevó a cabo un sorteo al azar, y para participar en el estudio, todas las mujeres que estuvieron de acuerdo en participar recibieron formularios de consentimiento informado y fue garantizada la confidencialidad. El investigador llevó a cabo la entrevista, que incluía un formulario firmado con variables sociodemográficas y clínicas, y aplicó la herramienta y la intervención.

Para medir los signos y síntomas de depresión, se utilizó la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE). En Brasil, la EDPE es conocida como una escala de autoevaluación para la depresión postparto, y se sugiere que es la mejor en la identificación de individuos deprimidos⁽¹⁴⁾. La EDPE es una herramienta autoadministrada compuesta de diez ítems que se contestan con una escala que va de 0 a 3 basada en la presencia e intensidad del síntoma. Los enunciados abarcan los síntomas psicológicos de un estado depresivo, incluyendo sentimientos de tristeza, culpa, autodesprecio, pensamientos de suicidio o muerte, síntomas psicológicos (por ejemplo, insomnio o hipersomnio) y cambios en el comportamiento (por ejemplo, episodios de llanto). La puntuación total posible es de 30, una puntuación de 12 o mayor indica depresión. Santos, Martins y Pasquali tradujeron y validaron la EDPE para Brasil⁽¹⁵⁾. La EDPE no determina un diagnóstico formal de depresión, pero permite

identificar la intensidad de los síntomas depresivos con el fin de remitir individuos para una evaluación y, si es necesario, para tratamiento. La EDPE se puede usar durante el embarazo o durante el periodo postparto. El autor utilizó esta escala con los grupos control e intervención durante la primera visita y cinco días más tarde. Los grupos de intervención fueron entrenados para usar la técnica de relajación de Benson⁽¹⁶⁾, la cual incluye cuatro elementos esenciales: un ambiente tranquilo, un dispositivo mental, una actitud pasiva y una posición cómoda. Los seis pasos son los siguientes: (1) Siéntese tranquilamente en una posición cómoda. (2) Cierre los ojos. (3) Relaje profundamente todos tus músculos, empezando por sus pies y progresando hasta su cara. Manténgalos relajados. (4) Respire por la nariz. Sea consciente de su respiración. Mientras espira el aire, diga la palabra "uno" en silencio para sí mismo. Respire con facilidad y naturalidad. (5) Continúe durante 10 a 20 minutos. Cuando termine, siéntese tranquilamente durante varios minutos, al principio con los ojos cerrados y después con los ojos abiertos. No se levante durante unos minutos. (6) No se preocupe sobre si tiene éxito en la consecución de un nivel de relajación profundo. Mantenga una actitud pasiva y permita que la relajación ocurra a su propio ritmo. Cuando surjan pensamientos que distraen, trate de ignorarlos no deteniéndose en ellos y vuelva a repetir "uno".

Basándose en un estudio previo que utilizó la técnica de Benson, la cual fue adaptada para un programa de rehabilitación para mujeres con mastectomías en Victoria (Espíritu Santo, Brasil), esta técnica fue elegida para usarse en este estudio⁽¹⁷⁾.

En la técnica adaptada, las siguientes instrucciones fueron incluidas entre los pasos 5 y 6: "Ahora intente hacer un viaje en su mente hacia algún lugar en el que haya estado y al que le gustaría regresar o a algún lugar donde nunca haya estado y al que le gustaría ir algún día". Esta técnica se enseñó individualmente a cada mujer embarazada durante cinco días, de tal manera que ellas pudieran aprenderla y llevarla a cabo dos veces al día, una vez al despertarse y una vez antes de irse a dormir.

Variables

Se evaluaron las siguientes variables: edad, estado civil, nivel de educación, apoyo espiritual, profesión, apoyo social, ansiedad rasgo y estado, ser fumadora, alcoholismo, historial ginecológico/obstétrico (número de partos, tipo de partos durante embarazos previos, y complicaciones durante embarazos previos) y el embarazo actual (si el embarazo fue planificado y cuántos ingresos hospitalarios han tenido lugar durante

el presente embarazo). Estas variables se recogieron usando un formulario específicamente diseñado, y fueron controladas durante el estudio de intervención para conseguir grupos homogéneos.

Análisis de datos

Se usó el SPSS, versión 20.0, se adoptó un nivel de significación del 5%, que corresponde a $p < 0.05$ (intervalo de confianza del 95%). Se usó la prueba del chi-cuadrado para medir la correlación entre las variables control y los grupos estudiados; se usaron las pruebas de Mann-Whitney y t de Student desapareada para evaluar la relación entre los grupos; y se usaron las pruebas de Wilcoxon y t de Student pareadas para evaluar el nivel de depresión entre los dos puntos en el tiempo. La prueba de McNemar se usó para analizar las diferencias en la severidad de la depresión antes y después de la intervención usando datos categóricos.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal del Espíritu Santo (Universidade Federal do Espírito Santo – UFES) con N°. 237.302. Tras la aprobación del Comité de Ética, se recogieron los datos y se aplicaron la herramienta y la técnica de relajación desde abril de 2013 hasta junio de 2013. Además, se informó a cada participante sobre los objetivos del estudio y el procedimiento de recogida de datos antes de que firmaran el formulario de consentimiento informado escrito. Se les aseguró que el anonimato y la confidencialidad estarían garantizados, junto con el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizados. No se aplicaron presión ni incentivos de ningún tipo para alentar a las mujeres a participar en la investigación. Una vez que el estudio finalizó, se permitió a las mujeres que fueron asignadas al grupo control a acceder a la intervención.

Resultados

Las principales causas de hospitalización fueron la hipertensión, la diabetes y los síndromes hemorrágicos. Las diferencias entre los grupos control y de intervención no fueron significativas en cuanto a la edad, el estado civil, el nivel de educación, la religión, la profesión, el apoyo social, el tabaco, el alcoholismo, el historial ginecológico/obstétrico y el embarazo actual, demostrando homogeneidad entre los grupos, excepto en el caso del tipo de parto ($p < 0.05$).

Los grupos control y de intervención consistían principalmente en mujeres menores de 29 años (48%

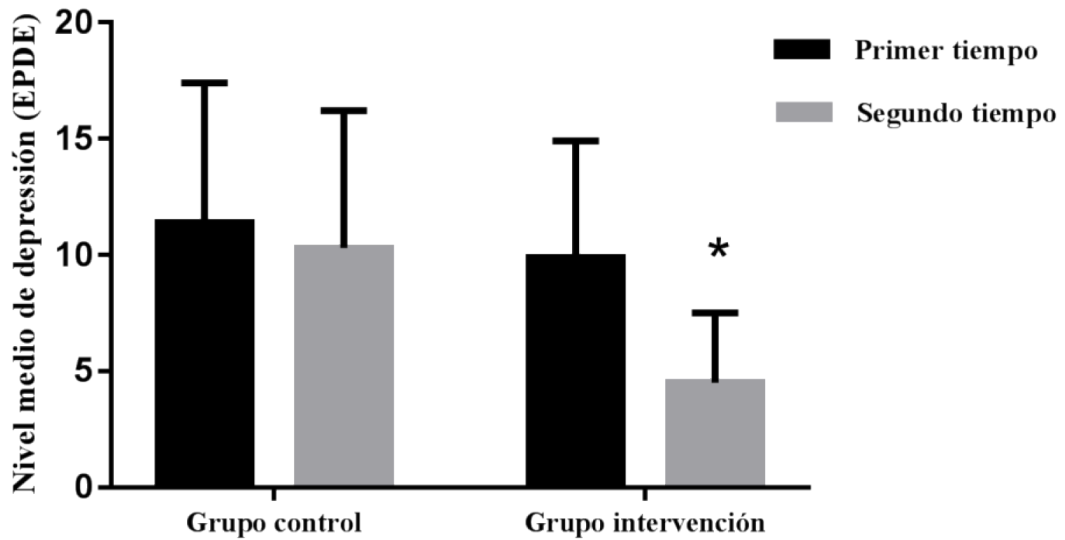
y 64%, respectivamente). La mayoría vivían con sus parejas en una relación estable (96% en el grupo control y 92% en el grupo de intervención).

Respecto al nivel de educación, el 56% del grupo de intervención y el 72% del grupo control estaban entre la educación primaria no terminada y la educación secundaria no terminada. La mayoría declararon que eran amas de casa (48% en el grupo control y 76% en el grupo de intervención). El estudio se llevó a cabo en la sala de maternidad de una institución pública que principalmente atendía a pacientes con bajos ingresos, lo que podría explicar el predominio de amas de casa con bajo nivel de educación.

La mayoría de las mujeres no consumían alcohol ni fumaban tabaco en aquella época – 96% para las dos variables en el grupo de intervención y 84% para las dos variables en el grupo control. En ambos grupos, la religión más frecuente era la evangélica (68% en el grupo control y 76% en el grupo de intervención).

El embarazo no era planificado para la mayoría de las mujeres (76% en el grupo de intervención y 56% en el grupo control). Setenta y dos por ciento del grupo de intervención y 57% del grupo control tuvieron complicaciones durante sus embarazos previos, posiblemente porque la muestra estaba formada por mujeres con embarazos de alto riesgo. Los partos vaginales eran los más frecuentes (65% en el grupo de intervención y 40% en el grupo control), y la mayoría de las mujeres tenían seis o más visitas prenatales durante sus embarazos actuales. Las mujeres habían tenido múltiples embarazos, con una media de 3.4 embarazos en el grupo control y una media de 3.3 embarazos en el grupo de intervención. La media de nacimientos era de 2.1 para el grupo control y de 1.7 para el grupo de intervención, mientras que la media de abortos fue de 0.6 en ambos grupos.

En general, los datos ginecológicos/obstétricos mostraron que la muestra consistía en mujeres multiparas con embarazos no planificados que han experimentado complicaciones durante sus embarazos previos. En el primer tiempo, cuando fueron ingresadas en la sala pública de maternidad, el nivel medio de depresión medido con la EDPE fue similar ($p > 0.05$) en el grupo control (11.4 ± 6) y en el de intervención (10.3 ± 5.9), indicando homogeneidad entre los grupos. En el segundo tiempo, cinco días después del ingreso en el hospital, no hubo diferencias en la puntuación media de la EDPE en el grupo control (9.9 ± 5), mientras que el grupo de intervención mostró un descenso significativo (4.5 ± 3 , $p < 0.05$) comparado con la puntuación media en el primer tiempo, como muestra la Figura 1.

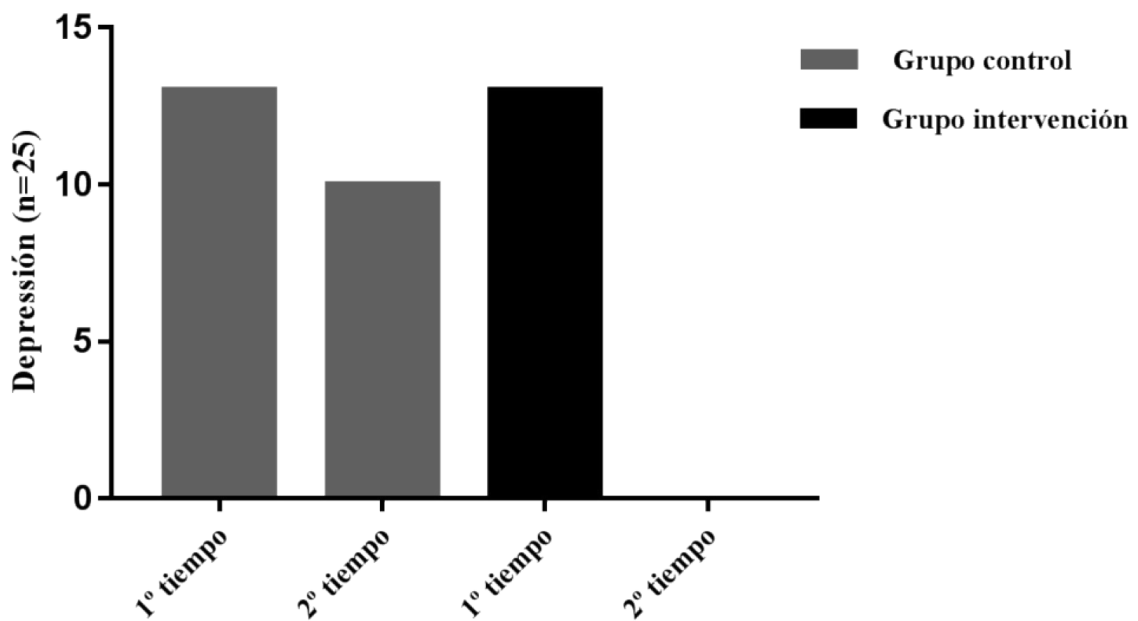


*p<0,05 comparado con el primer tiempo en el grupo de intervención

Figura 1 – Comparación de los niveles de depresión en mujeres con embarazos de alto riesgo en los grupos control y de intervención en el primer y segundo tiempo.

Usando una puntuación de 12 como punto de corte para la depresión, los casos y controles se clasificaron en un grupo de no deprimidos (<12) y en un grupo de deprimidas (≥12). La Figura 2 muestra los resultados para el primer y el segundo tiempo tanto para el grupo control como para el grupo de intervención. Según la

prueba de McNemar, no hubo cambios en el nivel de depresión del grupo control entre el primer tiempo (n=13) y el segundo tiempo (n=10). Sin embargo, la técnica de relajación disminuyó (p<0,05) los síntomas de depresión en mujeres embarazadas hospitalizadas entre el primer tiempo (n=13) y el segundo tiempo (n=0).



*p<0,05 comparado con el primer tiempo en el grupo de intervención

Figura 2 – Distribución de las mujeres deprimidas con embarazos de alto riesgo en el primer y segundo tiempo en los grupos control y de intervención.

Discusión

Este estudio ha demostrado que la relajación como una intervención de enfermería fue efectiva en la disminución significativa de los niveles de depresión de mujeres hospitalizadas con embarazos de alto riesgo.

Varios autores han descrito una disminución en los factores estresantes debido a la relajación⁽¹¹⁻¹²⁾, pero escasos estudios han examinado los efectos de la relajación en mujeres con embarazos de alto riesgo. Los pacientes en el grupo control y en el grupo de intervención tenían una puntuación de la EDPE mayor o igual a 12 en el primer tiempo. Este grado es alto, probablemente debido a que este estudio recogió datos sobre mujeres hospitalizadas con embarazos de alto riesgo y porque la muestra consistió principalmente en mujeres multíparas con embarazos no planificados y complicaciones en sus embarazos previos. En un estudio sobre calidad de vida, depresión y ansiedad en 120 pacientes de atención primaria con embarazos de alto riesgo en la ciudad de Campinas (São Paulo, Brasil), el 32.5% mostró síntomas de depresión⁽¹⁸⁾. Otro estudio analizó la incidencia de depresión en mujeres con embarazos de alto riesgo y encontró que el 50% de las mujeres presentaron síntomas de depresión⁽¹⁹⁾. Otro estudio analizó a 712 mujeres embarazadas usando la herramienta Evaluación de los Trastornos Mentales en Atención Primaria (Primary Care Evaluation of Mental Disorders ` PRIME-MD) y encontraron que el 41.7% de las mujeres probablemente tenían trastornos mentales⁽²⁰⁾. Estos datos están en consonancia con los resultados encontrados en el presente estudio.

En una revisión de la literatura que investiga la prevalencia de la depresión gestacional en los países en vías de desarrollo, incluyendo Brasil, se encontró una media del 20%⁽⁵⁾, pero ninguno de los estudios revisados incluyó mujeres con embarazos de alto riesgo. En países desarrollados, la media es ligeramente inferior. En los Estados Unidos, una cohorte encontró un 9% tasa de prevalencia⁽²¹⁾; en un análisis de 2.430 pacientes prenatales en Suiza la tasa fue de 13,7%⁽²²⁾. La prevalencia de depresión tiende a incrementarse en mujeres con embarazos de alto riesgo⁽⁵⁾; por tanto, el diagnóstico y la intervención temprana tras la detección de los síntomas depresivos en estas mujeres son imprescindibles para la disminución de los riesgos maternos y fetales.

Benson (1993) aplicó la técnica de relajación a pacientes con hipertensión y fue capaz de reducir la ansiedad, la presión arterial, el nerviosismo y la depresión⁽¹⁶⁾. Además, la ansiedad disminuye, y el apego materno-fetal se incrementa en mujeres primigrávidas⁽²³⁾.

Como limitación de este estudio, destacamos el pequeño tamaño de la muestra debido a nuestros criterios de exclusión, los cuales excluían a mujeres con depresión que fueron hospitalizadas durante menos de cinco días.

Conclusión

En base a estos resultados, la relajación como una intervención de enfermería es una tecnología de atención sanitaria importante para ayudar a mujeres con embarazos de alto riesgo a disminuir sus síntomas de depresión. Es una práctica simple que puede ser llevada a cabo durante la hospitalización, fortaleciendo el vínculo enfermera-paciente y contribuyendo a los cuidados de calidad. Por tanto, debe ser incluida en la rutina diaria de enfermería. Los profesionales de la salud, especialmente las enfermeras, juegan un papel importante en el reconocimiento de la diversidad e intensidad de las necesidades de las mujeres con embarazos de alto riesgo que buscan una asistencia integral y la prevención de complicaciones maternas y fetales.

Referencias

1. Camacho R, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Rev Psiquiatr. [Internet]. 2006 [Acesso 14 mar 2016];33(2):92-102. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832006000200009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>.
2. Carvalheira APP, Tonete VLP, Parada CMGL. Feelings and Perceptions of Women in the Pregnancy-Puerperal Cycle Who Survived Severe Maternal Morbidity. Rev. Latino-Am Enfermagem. [Internet]. 2010 [Acesso 14 mar 2016];18(6):1187-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600020>.
3. Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência controvérsias e depressão durante a gravidez na adolescência, atendidas na unidade básica de saúde. Rev Psiquiatr. [Internet]. 2010 [Acesso 12 mar 2016];37(5):216-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000500006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000500006>.
4. Patel V, Prince M. Maternal psychological morbidity and low birth weight

- in India. *Br J Psychiatry*. [Internet]. 2006 [Acesso 12 mar 2016];188:284-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000146&pid=S0102-311X201000020000200034&lng=en. [http://doi:10.1192/bjp.bp.105.012096](http://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012096).
5. Pereira PK, Lovisi GM. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. *Rev Psiquiatr Clin*. [Internet]. 2008 [Acesso 12 mar 2016];35(4):144-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000400004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000400004>.
6. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HÁ, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. [Internet]. 2010 [Acess 12 mar 2016];202(1):5-14. Available from: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(09\)01014-X/abstract?cc=y](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(09)01014-X/abstract?cc=y). <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
7. Falcone VM, Mader CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2005 [Acesso 12 mar 2016];39(4):612-8. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000400015>.
8. Lima MOP, Tsumiro MA. Repercussões materno-fetais da depressão na gravidez: uma revisão sistemática. *O Mundo da Saúde*. [Internet]. 2008 [Acesso 14 mar 2016];32(4):530-6. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1200220&pid=S0102-311X201200100001200018&lng=en.
9. Araújo DMR, Vilarim MM, Sabroza AR, Nardi AE. Depressão no período gestacional e baixo peso ao nascer: Uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2010 [Acesso 14 mar 2016];26(2):219-27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200002>.
10. Menezes LO, Pinheiro RT, Quevedo LA, Oliveira SS, Silva RA, Pinheiro KAT, et al. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento Federal da Saúde Pública: uma análise do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2012 [Acesso 12 mar 2016];28(10):1939-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000012>.
11. Salvador M, Rodrigues CC, Carvalho EC. Emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia. *Rev Rene*. [Internet]. 2008 [Acesso 12 mar 2016];9(1):120-8. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/532/pdf>.
12. Pinheiro CHJ, Medeiros RAR, Pinheiro DGM, Marinho MJF. Uso do yoga como recurso não farmacológico no tratamento da hipertensão arterial essencial. *Rev Bras Hipertens*. [Internet]. 2007 [Acesso 12 mar 2016];14(4):226-32. Disponível em: http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/yoga/yoga_17.pdf.
13. Primo CC, Amorim MHC, Leite FMC. A intervenção de Enfermagem-Relaxamento e seus efeitos no sistema imunológico de puérperas. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2011 [Acesso 12 mar 2016];24(6):751-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000600003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000600003>.
14. Guedeney N, Fermanian J, Guelfi JD, Kumar RC. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorders in early postpartum: some concerns about false negatives. *J Affect Disord*. [Internet]. 2000 [Access 12 mar 2016];61(1-2):107-12. Available from: [http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(99\)00186-X/pdf](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(99)00186-X/pdf). [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00186-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00186-X)
15. Santos MF, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin*. [Internet]. 1999 [Acesso 12 mar 2016];26(2):90-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800012>.
16. Bhasin MK, Dusek JA, Chang BH, Joseph MG, Denninger JW, Fricchione GL, et al. Relaxation response induces temporal transcriptome changes in energy metabolism, insulin secretion and inflammatory pathways. *PLoS One*. [Internet]. 2013 [Access 12 Mar 2016]; 1;8(5):e62817. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0062817>. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0062817>.
17. Olympio PCAP, Lima E, Amorim MHC. Mulher Mastectomizada: Intervenções de Enfermagem e atividade natural killer. *Rev Epidemiol Control Infect*. [Internet]. 2014 [Acesso 12 mar 2016];4(1):7-11. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3960/3378>. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/reci.v4i1.3960>.
18. Couto ER, Couto R, Vian B, Gregório Z, Nomura ML, Zaccaria R, et al. Qualidade de vida, depressão e ansiedade em gestantes com má história gestacional. *São Paulo Med J*. [Internet]. 2009 [Acesso 12 mar

- 2016];127(4):185-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802009000400002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802009000400002>.
19. Baptista ASD, Baptista MN. Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. *Interação Psicol.* [Internet]. 2005 [Acesso 12 mar 2016];9(1):155-61. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/3295>. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v9i1.3295>.
20. Almeida MS, Nunes MA, Camey S, Pinheiro AP, Schmidt MI. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2012 [Acesso 12 mar 2016];28(2):385-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200017&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200017>.
21. Rich-Edwards JW, Kleinman K, Abrams A, Harlow BL, McLaughlin TJ, Joffe H, et al. Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *J Epidemiol Commun Health.* [Internet]. 2006 [Access 12 Mar 2016];60(3):221-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16476752>. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.039370>.
22. Rubertsson C, Wickberg B, Gustavsson P, Radestad I. Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Arch Womens Ment Health.* [Internet] 2005 [Access 12 Mar 2016];8:97-104. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-005-0078-8/lookinside/000.png>. <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-005-0078-8>.
23. Toosi M, Akbarzadeh M, Sharif F, Zare N. The Reduction of Anxiety and Improved Maternal Attachment to Fetuses and Neonates by Relaxation Training in Primigravida Women. *Women's Health Bull.* [Internet]. 2014 [Access 12 Mar 2016];1(1):e18968. Available from: http://womenshealthbulletin.com/?page=article&article_id=18968. <http://dx.doi.org/10.17795/whb-18968>.

Recibido: 29.9.2015

Aceptado: 16.5.2016

Correspondencia:

Walckiria Garcia Romero
Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Av. Marechal Campos, 1468
Bairro: Maruípe
CEP: 29042-755, Vitória, ES, Brasil
E-mail: walckiriagr@uol.com.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.