
Continuación del embarazo no intencionado

Continuation of Unintended Pregnancy

The Linacre Quarterly March 24, 2019
<https://doi.org/10.1177/0024363919838368>

Luis Ayerbe PhD ^{1,2,3}
María Pérez-Piñar PhD ²
Cristina López del Burgo PhD ⁴
Eduardo Burgueño PhD ⁵

1- Strangeways Laboratory
Departamento de Salud Pública y Atención
Primaria. Universidad de Cambridge.
Reino Unido.

2- Carnarvon Medical Centre
Southend-on-Sea, Reino Unido.

3- Centro de Atención Primaria y Salud Pública.
Queen Mary University of London.
Reino Unido

4- Departamento de Medicina Preventiva y
Salud Pública. Instituto de Cultura y Sociedad.
Universidad de Navarra.
Pamplona. España.

5- Departamento de Medicina,
Universidad de Mwene-Ditu,
Republica Democratica del Congo

Correspondencia:

Luis Ayerbe,
Centro de Atención Primaria y Salud Pública.
Queen Mary University of London. Reino Unido
l.garcia-morzon@qmul.ac.uk

Resumen:

Introducción: El 44% de los embarazos en todo el mundo se consideran no intencionados. El aborto ha atraído mucho la atención de médicos, políticos, y gestores, y ha sido abordado en numerosas publicaciones. Sin embargo, el aborto representa un desafío para los valores de muchas mujeres, se asocia con emociones negativas, y tiene sus propias complicaciones médicas. Las mujeres tienen derecho a hablar sobre el embarazo no intencionado con un médico, y a obtener información detallada sobre otras opciones para su manejo. Continuar un embarazo no intencionado, y recibir la atención y el apoyo necesarios para ello, son también un derecho reproductivo de la mujer. No obstante, la provisión de la información clínica y el apoyo necesarios para la continuación de un embarazo no intencionado apenas se ha abordado en la literatura médica.

Objetivo: Este artículo revisa la atención clínica, y describe la información y el apoyo, que se pueden ofrecer a las pacientes para la continuación del embarazo no intencionado.

Discusión: los médicos deben mantener un tono empático con las pacientes. Una historia clínica completa puede ayudar a enmarcar el problema e identificar preocupaciones concretas relacionadas con el embarazo. Cualquier problema médico u obstétrico subyacente puede ser abordado. Se puede tomar una historia social, que incluya el apoyo personal de la pareja, los padres y los hermanos de la paciente. Los médicos también deben estar alerta sobre posibles casos de violencia por parte de la pareja, o abuso infantil en pacientes adolescentes. Finalmente, el clínico puede proporcionar la primera información sobre la atención social disponible y derivar a los pacientes para obtener más ayuda. Para las mujeres que continúan un embarazo no intencionado, los médicos deben comenzar la atención prenatal inmediatamente.

Conclusión: las mujeres con embarazos no intencionados merecen un apoyo y elaborada por parte de sus médicos, quienes deben informar y, a veces, activar, todos los recursos disponibles para la continuación del embarazo.

Palabras clave: aborto, salud maternal, atención primaria, atención a la mujer, salud reproductiva, embarazo no intencionado.

Introducción

Los embarazos no intencionados incluyen tanto aquellos que son no deseados, como los no planificados.[1] Se ha estimado que el 44% de los embarazos en todo el mundo no son intencionados, alrededor del 56% de ellos terminan en aborto, el 32% en nacimiento, y el 12% en aborto espontáneo.[2-4] La evidencia también muestra que en las últimas tres décadas la proporción de embarazos no deseados que terminan en aborto ha aumentado en las regiones en vías de desarrollo, pero ha disminuido en las áreas desarrolladas del mundo. [2]

Muchas mujeres muestran sentimientos negativos y positivos acerca de haber quedado embarazadas sin intención.[5-7] Los estudios también indican que algunas mujeres, que tienen opiniones negativas respecto a haber quedado embarazadas involuntariamente pero tienen el hijo, después del nacimiento expresan una opinión positiva sobre el embarazo.[3, 8, 9] Una proporción sustancial de mujeres no ha decidido si desean continuar o no su embarazo no intencionado cuando visitan por primera vez a su médico de atención primaria.[10] El aborto es legal en la mayoría de los países, con variaciones regionales de la ley en lugares como Australia, Estados Unidos, o el Reino Unido.[11] Los médicos, políticos y gestores, han prestado mucha atención al aborto. Tanto su marco legal, como la atención médica, psicológica, y social, de las mujeres que lo solicitan, ha sido cubierto en muchas publicaciones.[12-14] Sin embargo, el aborto representa un desafío para los valores sociales,

culturales y éticos de muchas mujeres, y de quienes las rodean.[1] También se asocia con emociones negativas, incluidos sentimientos de pena, arrepentimiento, culpa o vacío.[15] Finalmente, el aborto se asocia con un mayor riesgo de algunos problemas médicos, como hemorragias obstétricas e infecciones, uso indebido de alcohol o drogas y conductas suicidas.[14, 16]

Las mujeres tienen derecho a hablar sobre el embarazo no intencionado con su médico de familia y a recibir información elaborada, completa, y precisa sobre otras opciones para abordarlo.[10] La continuación de un embarazo no intencionado, recibiendo la atención y el apoyo necesarios para ello, es un derecho reproductivo de las mujeres, y el papel de los médicos de atención primaria es esencial para garantizar que este derecho pueda ejercerse. La evidencia muestra una mayor tasa de continuación del embarazo no intencionado entre aquellas mujeres que reciben un mayor apoyo.[15, 17] A pesar de todo esto, la provisión de información médica, y el apoyo necesario, para la continuación del embarazo no intencionado apenas se han tratado en la literatura médica, y tienden a ser pobres y desestructurados en atención primaria. Las mujeres embarazadas involuntariamente se encuentran en una situación vulnerable y merecen una respuesta abierta, de apoyo, elaborada y positiva por parte de los médicos de familia, quienes deben informar y, a veces, activar, todos los recursos disponibles para la continuación del embarazo no intencionado.

En este artículo revisamos el abordaje clínico, y describimos la información y el apoyo que se puede ofrecer en atención primaria a la mujer para la continuación de un embarazo no intencionado. Las referencias utilizadas en esta revisión narrativa se obtuvieron de PubMed y la bibliografía de los documentos identificados en la búsqueda electrónica que se consideraron relevantes para el tema.

Enmarcando el problema

Una relación clínica empática es ideal para tratar este tema. Los médicos deben entender que el embarazo no intencionado aumenta la vulnerabilidad de las mujeres y causa estrés y ansiedad.[1] Si la paciente es ambigua sobre la intencionalidad del embarazo, puede ser útil continuar con una entrevista clínica considerada, como en la atención rutinaria de todo embarazo.[1] Esto suele ser esclarecedor para la paciente, que puede encontrar en la conversación con el médico tranquilidad y apoyo a sus incertidumbres. Lo ideal es que el clínico se comunique con los pacientes de manera amistosa, asegurándose de que se abordan todas las preocupaciones de la paciente. Debe evaluarse la capacidad de la mujer para el pensamiento abstracto y futuro, especialmente en el caso de las pacientes adolescentes.[18] Es posible que los médicos también encuentren algunas dificultades en la comunicación debido al bajo nivel educativo de la paciente, que se asocia con un embarazo no intencionado, o un pobre manejo del idioma, especialmente en el caso de las mujeres inmigrantes.[19]

Si bien las mujeres no esperan que el médico les dé consejos morales, este sí debe considerar los valores espirituales y culturales de la paciente.[18] Observar si la paciente reconoce el estado antropológico del feto puede ayudar en este punto, el lenguaje utilizado para describirlo puede reflejar la cercanía que la mujer siente hacia la vida que lleva en su interior.[15]

Una historia clínica y reproductiva completa pueden ayudar a enmarcar el problema, identificar las preocupaciones médicas relacionadas con el embarazo y también construir una relación empática con la paciente. Al igual que con las pacientes embarazadas intencionadamente, se debe confirmar el embarazo y estimar la edad gestacional.[10] También se puede registrar cualquier posible complicación del embarazo. Finalmente, la historia clínica debe incluir información sobre antecedentes médicos, como hipertensión,

diabetes o problemas mentales, así como medicamentos, alcohol, o drogas tomadas por la paciente.

El riesgo de continuar el embarazo para la salud de la madre es la razón más frecuentemente presentada para tener un aborto, (el 97% de los casos en el Reino Unido).[14] Cabe señalar que la salud materna ha mejorado en las últimas décadas, con una disminución de la mortalidad materna de aproximadamente el 44% en los últimos 25 años en todo el mundo, que afecta a menos de 2 mujeres por cada 10000 nacidos vivos en la mayoría de los países de ingresos altos y medios. [20] Los riesgos de todos los problemas médicos subyacentes o cualquier complicación obstétrica se pueden comentar con la paciente en este momento. Los médicos también pueden informar a las pacientes de que muchos problemas médicos, incluida la diabetes, el asma, trastornos del tiroides, o la depresión, pueden manejarse con éxito durante el embarazo, utilizando tratamientos convencionales o alternativos.[21-23]

Historia social

También se puede tomar una historia social, incluyendo el estado civil o de pareja, el empleo, la estabilidad financiera, y la presencia de problemas sociales como asuntos de vivienda, legales, o de migración. Hay estudios que han observado una asociación entre el embarazo no intencionado y el consumo de drogas así como con un nivel socioeconómico más bajo.[19, 24]

En la mayoría de los países, continuar o no un embarazo es decisión exclusiva de la mujer, y el padre del niño no tiene derecho a influir en la decisión.[11] Sin embargo, las mujeres que reciben el apoyo de su pareja tienen más probabilidades de aceptar y continuar su embarazo no intencionado, y tienen niveles más bajos de angustia psicológica después del nacimiento.[15, 25, 26] Esta fuente de apoyo se puede explorar al ver a una paciente con un embarazo no intencionado. Se pueden formular

algunas preguntas como: “¿Está su pareja enterada del embarazo?”, “¿Qué piensa él al respecto?”, “¿Cuál es su relación con él?”, “¿Tienen otros hijos en común o por separado?”

También se puede explorar el apoyo de otras personas, como los padres, hermanos, o amigos de la paciente.[10] Hacer preguntas sobre quién está enterado del embarazo, o a quién va a informar la paciente, puede ayudar a identificar estas figuras de apoyo.[1] En nuestra experiencia, la presión del embarazo no intencionado puede llevar a las mujeres a hacer un uso ineficaz de su propia familia o red de apoyo social. Los pacientes adolescentes pueden tener dificultades para hablar con sus familias sobre el embarazo y subestimar el apoyo que les pueden ofrecer.[27, 28] Sin embargo, el clínico puede ayudar a liberar esta presión y desbloquear la comunicación con parientes y amigos cercanos hablando abiertamente del apoyo que la paciente puede obtener de ellos.

En pacientes que muestren no tener apoyos personales, los médicos deben estar alerta sobre casos de coerción que podrían llevar a la mujer a un aborto no deseado.[1, 29] Los resultados de dos revisiones sistemáticas muestran la asociación de la violencia por parte de la pareja con las solicitudes de aborto, especialmente de aborto de repetición, y con un mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.[30, 31] Por lo tanto, las preguntas sobre la exposición a la violencia por parte de la pareja también deben estar incluidas en la entrevista clínica a la mujer con embarazo no intencionado.[1, 14] Aunque la evidencia sobre la eficacia de las intervenciones para reducir la violencia de la pareja durante el embarazo aún no es concluyente, se puede plantear la hipótesis de que las intervenciones realizadas por equipos multidisciplinarios, que involucran a los servicios sociales y las instituciones de justicia, iniciadas por el clínico en este punto, podrían resultar en una reducción de la violencia, un menor número de abortos, y mejores resultados al nacimiento.[32]

Los médicos deben estar atentos a la posibilidad de abuso infantil, en pacientes adolescentes, especialmente cuando se niegan a implicar a sus padres, o si están acompañados por un adulto controlador que desea permanecer particularmente cerca del paciente. Las leyes que regulan la atención clínica de pacientes menores de edad, los derechos y responsabilidades de los menores y sus padres, varían entre países. Sin embargo, es ampliamente aceptado que los médicos tienen que reconocer las opiniones de los pacientes menores de edad al planificar su manejo clínico.[33, 34] La obligación ética de los médicos de beneficiar al paciente pueden requerir que den atención médica a mujeres menores de edad con embarazo no intencionado, a veces sin el conocimiento de los padres.[33, 35] En algunos casos, la intervención de los padres puede ser negativa o innecesaria, por ejemplo en mujeres menores de edad que han sido víctimas de abusos por parte de sus padres, emancipadas, o consideradas legalmente maduras.[33] Los clínicos deben estar familiarizados con las leyes que rigen en el país y el área en que ejercen. En cualquier caso, se debe preguntar a las adolescentes con mucho cuidado acerca de sus padres, que pueden representar una gran fuente de apoyo.[1]

La edad de consentimiento, la edad legal en la que se considera que una persona es lo suficientemente madura como para consentir tener relaciones sexuales, varía entre los países, y a veces dentro de ellos. Por lo tanto, una mujer que está embarazada y es menor de la edad de consentimiento ha sufrido una violación, incluso en algunas jurisdicciones si ambas partes son menores de la edad de consentimiento. En este caso, se debe informar a las autoridades correspondientes.[36].

Muchas mujeres con embarazos no deseados expresan su preocupación por los problemas sociales relacionados con el embarazo y el cuidado de los niños.[5] Se puede comentar el papel de la pareja, los derechos y las obligaciones que tiene con respecto a la

educación del niño, según las regulaciones locales, con las cuales el médico debe estar familiarizado.

El clínico también pueden proporcionar la primera información sobre la atención social disponible en el área y derivar a la paciente a los servicios sociales para obtener más ayuda. [10] En muchos países, el empleo de mujeres embarazadas y el pago de maternidad tienen protección legal, hay apoyo financiero para personas con hijos, y tanto la educación como la atención médica reciben fondos públicos.[37-39] Para las mujeres que se sienten incapaces de cuidar a un niño, la implicación informal o legal de sus padres (abuelos del nasciturus), el acogimiento privado o la adopción pueden ser una alternativa. Sin embargo, todas las políticas relacionadas con el cuidado infantil son complejas y requieren una evaluación más allá de las clínicas de atención primaria.

Seguimiento y atención prenatal

Algunas pacientes pueden preferir abordar su embarazo no intencionado en una sola cita de duración normal, lo que requiere que el clínico avance rápidamente a través de estos temas complejos. Otras pacientes pueden preferir ser atendidos en más de una cita. Esto da tiempo a la paciente para reflexionar y al clínico para organizar recursos entre las visitas. También se puede proporcionar información escrita, objetiva y basada en la evidencia sobre el apoyo médico y social disponible para la continuación del embarazo no intencionado.

Los resultados de tres revisiones sistemáticas muestran que el embarazo no intencionado está asociado con el inicio tardío y el uso inadecuado de los servicios de atención prenatal, parto prematuro, bajo peso al nacer y mayor riesgo de depresión perinatal.[40-42] Estos resultados pueden estar afectados por limitaciones metodológicas. Sin embargo, esta evidencia parece suficiente para recomendar que en el caso de las mujeres que continúan un embarazo no intencionado, los médicos inicien la atención

prenatal de inmediato y sean especialmente proactivos en el seguimiento, para prevenir resultados adversos en la madre y su hijo.[12, 14, 41]

Investigación futura

Para mejorar la atención a las mujeres que continúan un embarazo no intencionado, se necesita más investigación, así como más desarrollo clínico, social, y legal. Se requieren más estudios de buena calidad sobre resultados clínicos y sociales a largo plazo, experiencias y necesidades, de mujeres que continúan embarazos no intencionados. Esto ayudaría a desarrollar intervenciones efectivas para apoyar a las mujeres embarazadas involuntariamente en diferentes circunstancias. Las parejas de mujeres embarazadas involuntariamente se mencionan con frecuencia en la literatura principalmente como caracteres negativos, relacionados con el abuso, la irresponsabilidad y el abandono. Los estudios sobre las opiniones de las parejas mejorarían la comprensión de la red de apoyo social de las mujeres que podría utilizarse para dar respuesta a sus necesidades. Del mismo modo, el papel de los padres y hermanos de mujeres con embarazos no intencionados, que pueden constituir una fuente sustancial de apoyo, requiere más investigación. La liberalización de las leyes sobre el aborto no debe detener la investigación médica para hacer más segura la continuación de un embarazo médica o socialmente complicado. La continuación del embarazo no intencionado de mujeres menores de edad, aquellas que han sido violadas, inmigrantes ilegales, o víctimas de violencia, necesita investigación específica. También se requieren estudios sobre todos estos temas, basados en países en desarrollo, ya que esta parte del mundo tiene la mayor incidencia de embarazos no deseados y su manejo, dadas las circunstancias sociales, puede ser muy diferente al de las áreas desarrolladas.[2] Este documento se dirige a una audiencia internacional. Sin embargo, las futuras revisiones deben escribirse a nivel local,

teniendo en cuenta los valores culturales, recursos sociales, y regulaciones de cada país.

Conclusión

En conclusión, las mujeres embarazadas involuntariamente se encuentran en una situación difícil y merecen que su médico de familia les ofrezca un apoyo integral de manera abierta, positiva y elaborada. Estos pacientes requieren información, y a veces activación, de todos los recursos disponibles para la continuación del embarazo no intencionado.

Financiación: este documento no ha recibido financiación

Conflictos de intereses: ninguno

Bibliografía:

1. Moss DA. Counseling patients with unintended pregnancy. *Am Fam Physician* 2015; 91: 574-6
2. Bearak, J., et al., Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health*, 2018. 6(4): p. e380-e389.
3. Sedgh, G., S. Singh, and R. Hussain, Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann*, 2014. 45(3): p. 301-14.
4. Abortion: access and safety worldwide. *Lancet* 2018; 391: 1121
5. Askelson, N.M., et al., "Baby? Baby Not?": Exploring Women's Narratives About Ambivalence Towards an Unintended Pregnancy. *Women Health*, 2015. 55(7): p. 842-58.
6. Arteaga, S., L. Caton, and A.M. Gomez, Planned, unplanned and in-between: the meaning and context of pregnancy planning for young people. *Contraception*, 2019. 99(1): p. 16-21.
7. Tanner, A.E., et al., Ambivalent messages: adolescents' perspectives on pregnancy and birth. *J Adolesc Health*, 2013. 53(1): p. 105-11.
8. Williams, L., et al., Pregnancy wantedness: attitude stability over time. *Soc Biol*, 2001. 48(3-4): p. 212-33.
9. Joyce, T., R. Kaestner, and S. Korenman, The stability of pregnancy intentions and pregnancy-related maternal behaviors. *Matern Child Health J*, 2000. 4(3): p. 171-8.
10. Moss, D.A., M.J. Snyder, and L. Lu, Options for women with unintended pregnancy. *Am Fam Physician*, 2015. 91(8): p. 544-9.
11. Center for Reproductive Rights. The World's abortion laws, 2018. Available at: <http://worldabortionlaws.com/> Accessed: April 2018
12. National Health and Medical Research Council. Australian Clinical Practice Guidelines: Therapeutic termination of pregnancy. 2013; Available from: <https://www.clinicalguidelines.gov.au/portal/2230/therapeutic-termination-pregnancy>.
13. The American College of Obstetricians and Gynaecologists,. 2014. Medical Management of First-Trimester Abortion. Accessed: April 2018. <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Gynecology/Medical-Management-of-First-Trimester-Abortion>.
14. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion, 2011 London
15. Lie, M.L., S.C. Robson, and C.R. May, Experiences of abortion: a narrative review of

-
- qualitative studies. *BMC Health Serv Res*, 2008. 8: p. 150.
16. Fergusson, D.M., L.J. Horwood, and J.M. Boden, Does abortion reduce the mental health risks of unwanted or unintended pregnancy? A re-appraisal of the evidence. *Aust N Z J Psychiatry*, 2013. 47(9): p. 819-27.
17. González, L., The Effect of a Universal Child Benefit on Conceptions, Abortions, and Early Maternal Labor Supply. *American Economic Journal: Economic Policy*, 2013. 5(3): p. 160-188.
18. Hornberger, L.L., Options Counseling for the Pregnant Adolescent Patient. *Pediatrics*, 2017. 140(3).
19. Wellings, K., et al., The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*, 2013. 382(9907): p. 1807-16.
20. WHO. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. 2015; Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal->
21. NICE. Pregnancy. 2017; Available from: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/fertility-pregnancy-and-childbirth/pregnancy>.
22. Australian Government Department of Health. Clinical Practice Guidelines Pregnancy Care. Canberra, 2018 Available from: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/pregnancycareguidelines>.
23. Zolotor, A.J. and M.C. Carlough, Update on prenatal care. *Am Fam Physician*, 2014. 89(3): p. 199-208.
24. Iseyemi, A., et al., Socioeconomic Status As a Risk Factor for Unintended Pregnancy in the Contraceptive CHOICE Project. *Obstet Gynecol*, 2017. 130(3): p. 609-615.
25. Barton, K., et al., Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2017. 17(1): p. 44.
26. Gomez, A.M., et al., It's Not Planned, But Is It Okay? The Acceptability of Unplanned Pregnancy Among Young People. *Womens Health Issues*, 2018. 28(5): p. 408-414.
27. Lloyd, S.L., Pregnant adolescent reflections of parental communication. *J Community Health Nurs*, 2004. 21(4): p. 239-51.
28. Rentschler, D.D., Pregnant adolescents' perspectives of pregnancy. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 2003. 28(6): p. 377-83.
29. Broen, A.N., et al., Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry*, 2005. 27(1): p. 36-43.
30. Hall, M., et al., Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 2014. 11(1): p. e1001581.
31. Hill, A., et al., A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynaecol Obstet*, 2016. 133(3): p. 269-76.
32. Jahanfar, S., L.M. Howard, and N. Medley, Interventions for preventing or reducing domestic violence against pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(11): p. Cd009414.
33. General Medical Council. 0-18 years: guidance for all doctors. 2007; Available from: https://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/children_guidance_index.asp.
34. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*, 1995. 95(2): p. 314-7.

-
35. Torralba i Rosello, F., *Filosofia de la medicina*. 2001, Mapfre.
36. 2018. *Age of Consent & Sexual Abuse Laws Around the World*. July 2018]; Available from: <https://www.ageofconsent.net/>.
37. GOV.UK. *Childcare and parenting*. February 2018]; Available from: <https://www.gov.uk/browse/childcare-parenting>.
38. Australian Government Department of Human Services. *Parental Leave Pay*. Available at: <https://www.humanservices.gov.au/individuals/services/centrelink/parental-leave-pay>. Accessed: April 2018
39. USA.GOV. *Government Benefits*. August 2018]; Available from: <https://www.usa.gov/benefits#skiptarget>.
40. Shah, P.S., et al., *Intention to become pregnant and low birth weight and preterm birth: a systematic review*. *Matern Child Health J*, 2011. 15(2): p. 205-16.
41. Dibaba, Y., M. Fantahun, and M.J. Hindin, *The effects of pregnancy intention on the use of antenatal care services: systematic review and meta-analysis*. *Reprod Health*, 2013. 10: p. 50.
42. Abajobir, A.A., et al., *A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression*. *J Affect Disord*, 2016. 192: p. 56-63.