



Trabajo Final de Grado

*Intervención psicológica
en el embarazo y puerperio
en prevención de la depresión perinatal.*

Modalidad: Proyecto de Intervención

Estudiante: Maria Lourdes Pons Redes

C.I: 3.488.969-0

Tutora: Prof. Adj. Mag. Alejandra Arias

Revisora: Prof. Adj. Mag. Carolina Farías

Montevideo, Febrero 2023

Agradecimientos

A mi esposo Matias y mis hijos Paulina e Ivan, por apoyarme en este camino y comprender mis ausencias en muchos momentos. Los amo con el alma.

A mi madre , por confiar siempre en mí.

A mi familia por siempre estar presente, y a los que están lejos pero cerca de mi corazón.

A mi querida amiga Patricia País que caminamos juntas este recorrido desde el principio y nos apoyamos mutuamente. A mi compañera Fernanda, que nos conocimos en la recta final apoyándonos mutuamente y coincidimos en el egreso.

A los que ya no están, mis abuelos adorados por las enseñanzas que me brindaron.

Y finalmente, a mi padre que hoy no está en persona, pero me acompaña en cada paso y que junto a mi madre me brindaron la educación, valores y amor, que me hicieron ser lo que soy hoy.

Finalmente, gracias a esta casa de estudios que me alojo y me hizo entender el sentido de pertenencia, y a cada uno de los docentes que transitaron con sus saberes en mi formación.

A todos ¡Gracias!

Índice

Resumen	4
Contextualización	5
Definición del problema y Fundamentación.	7
Antecedentes	9
A nivel internacional	9
A nivel regional	12
En Uruguay	13
Marco Conceptual	16
Embarazo	16
Depresión Prenatal	17
Puerperio	17
Depresión Postparto	18
Vínculo materno	19
Intervención	20
Promoción y Prevención	21
Objetivos	23
Objetivo General	23
Objetivos Específicos	23
Metodología de intervención	23
Procedimiento	24
Primera consulta psicológica prenatal. (Primer trimestre)	24
Segunda consulta psicológica prenatal. (segundo trimestre)	25
Tercer consulta psicológica prenatal (tercer trimestre embarazo)	25
Consultas psicológicas durante el Puerperio (postparto)	26
Intervenciones Grupales	26
Encuentros grupales	26
Derivación a los grupos	27
Grupo de ayuda Mutua en el embarazo	27
Grupo de Ayuda Mutua en el Puerperio	27
Evaluación	28
Cronograma	28
Análisis de la implicación	30
Consideraciones éticas	30
Resultados Esperados	31
Referencias Bibliográficas	32
Anexo	38

Resumen

El presente proyecto de intervención se realiza en el marco del trabajo final de grado (TFG), de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República. El mismo tiene como objetivo implementar una propuesta de atención psicológica preventiva-asistencial para mujeres, durante los procesos de embarazo y puerperio en prevención de la depresión. Se propone la ejecución en el Primer Nivel de Atención de los prestadores de salud públicos y privados, del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay (SNIS).

La depresión perinatal es un trastorno del estado de ánimo que puede manifestarse durante el embarazo o hasta los doce meses después del parto. Se puede presentar de forma leve, moderada o severa y por lo general pone en riesgo la salud de la madre así como efectos negativos en el desarrollo del recién nacido y alteraciones en el vínculo temprano madre-bebe. El punto de partida para la producción de este trabajo es la revisión bibliográfica que fundamenta la relevancia de la propuesta y del marco conceptual. La búsqueda de antecedentes se realiza a nivel nacional e internacional.

La justificación del proyecto se desprende a partir de la escasa participación de los profesionales de la psicología en intervenciones preventivas-asistenciales durante los procesos de embarazo y puerperio en el SNIS. Es por esto que se propone una metodología sustentada en una estrategia con enfoque de prevención y promoción en salud mental, con el fin de la detección precoz y diagnóstico oportuno de la depresión. Las técnicas priorizadas son la entrevista clínica y la creación de grupos de ayuda mutua. Como instrumentos de tamizaje se utilizarán la Escala de depresión postparto Edimburgo y los cuestionarios Whooley y GAD-2, con la finalidad de pesquisar sintomatología depresiva.

A partir de la intervención se pretende que los espacios propicien el acompañamiento desde la psicología para la mujer durante el periodo perinatal, psicoeducando para su autocuidado en salud mental, identificando riesgos, como también problemas psicosociales. Se espera visibilizar la relevancia de los aportes de la Psicología y sus intervenciones en el área delimitada con el fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida de la mujer durante el periodo perinatal y el primer vínculo materno para el óptimo desarrollo del infante.

Palabras clave: Depresión perinatal, primer vínculo materno, intervención, prevención y promoción.

Contextualización

En Uruguay con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS, 2007) y la implementación de la Ley N° 18.211, se establece como competencia del Estado garantizar atención integral en salud a toda la población, el acceso universal, atención de calidad, equidad, intersectorialidad, sustentabilidad y participación social. Se propone un cambio en el modelo de atención que prioriza la promoción de la salud y prevención de enfermedades, basado en la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS) (Sollazzo y Berterretche, 2011).

En este sentido se ha avanzado exponencialmente en materia de derechos de salud y derechos sexuales y reproductivos, como derechos humanos (ley N° 18.426, 2008). Es a partir de los avances en el marco legal y normativo que desde el Programa de Salud Integral de la Mujer, se proponen guías y recomendaciones para la atención integral desde los equipos de salud en seguimiento de los procesos de embarazo, parto y puerperio [Ministerio de Salud Pública (MSP, 2014)]

Estas guías y manuales de actuación se desprenden del Plan Nacional de Salud Perinatal y Primera Infancia (MSP, 2014), el cual pertenece a una política pública en materia de atención y promoción de la salud para la mujer embarazada, recién nacidos e infantes hasta los cinco años de edad del territorio Uruguayo. Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida, la atención en salud con un enfoque de equidad y derechos.

El presente proyecto de intervención de atención psicológica preventiva-asistencial, está diseñado para implementarse dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en prestadores públicos y privados del Primer Nivel de Atención (PNA) en Montevideo. El objetivo de esta intervención, es contribuir a la atención psicológica preventiva-asistencial de las usuarias de 18 a 40 años durante los procesos de embarazo y puerperio en prevención de la depresión perinatal. Se espera impactar positivamente en la salud mental de la mujer, con el fin de la detección precoz y el diagnóstico oportuno. La metodología que sustenta la intervención se basa en estrategias de abordaje desde el PNA, con un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En tal sentido el rol del psicólogo en el primer nivel de atención, como indica Levcovitz et al. (2011)

Realizan acciones que contribuyen a la atención integral de la salud de la población usuaria, articulando con los efectores relacionados a temáticas de salud y agentes comunitarios. Atienden por una parte a las situaciones de enfermedad mental y por otra desempeñan un trabajo en articulación intra e intersectorial a nivel comunitario favoreciendo la más amplia participación de todos los involucrados, potenciando sinérgicamente las acciones (p. 144).

Las técnicas utilizadas serán, la entrevista clínica como herramienta principal en las consultas y la derivación a los Grupos de Ayuda Mutua, este último será coordinado por un equipo psicosocial. Asimismo se implementará un cuestionario y una escala de tamizaje para la detección de la sintomatología depresiva.

En lo que refiere a las consultas psicológicas individuales, se realizan en el marco del Programa de Asistencia al Embarazo, en paralelo a las consultas obstétricas dentro de los trimestres del embarazo y durante el proceso de puerperio, con el fin de la orientación y acompañamiento. Las derivaciones a los Grupos de Ayuda Mutua se realizan a partir de la consulta individual, tendrán una frecuencia mensual y una duración de 90 minutos. Se propone crear dos grupos, diferenciándose en embarazo y puerperio al que podrán asistir entre 10 a 15 participantes por voluntad propia. Estos serán coordinados por un equipo psicosocial, integrado por Psicólogos, Trabajo Social, Parteras y Enfermeras.

Se considera pertinente al finalizar cada intervención evaluar la eficacia de la misma, para ello se propone la aplicación de un cuestionario de preguntas cerradas en los cuales las respuestas van a ser definidas a priori.

Como resultado de la intervención, se espera mejorar la calidad de vida de las usuarias de 18 a 40 años en el periodo perinatal, contribuir a la salud mental en prevención de la depresión y así favorecer de forma positiva el primer vínculo materno.

Definición del problema y Fundamentación.

En el imaginario social existe la creencia que el embarazo, parto y puerperio son procesos en la vida de la mujer de gran felicidad y satisfacción. No obstante en el proceso de gestación emergen diversos cambios psíquicos y fisiológicos que alteran el estado emocional. Es frecuente que estos cambios generen trastornos o estados depresivos en la madre, lo que produce culpabilidad por no cumplir con las expectativas sociales de un “ideal de madre” (Fernandez y Olza, 2020).

Howard y Khaliefeh (2020), refieren que “Los trastornos mentales perinatales se encuentran entre las morbilidades más comunes del embarazo y contribuyen de manera importante a la mortalidad materna, así como los resultados adversos en el recién nacido, lactante y niño” (p.313). El recién nacido puede presentar problemas de prematuridad, bajo peso, problemas para alimentarlo y mayor irritabilidad, según Olhaberry (2015), estos resultados adversos repercuten en la presencia de problemas relacionados a la conducta y emociones en hijos de madres deprimidas. Como consecuencia de lo mencionado, se recomienda la intervención temprana como abordaje para impactar positivamente en la salud materno fetal y el primer vínculo materno (Roncallo et al., 2015).

Como lo delimita el National Institute of Mental Health (NICE, 2020), la palabra perinatal define el periodo anterior y posterior al nacimiento de un bebé. En este sentido, si se aborda el tema de la depresión perinatal, es una depresión que se puede manifestar de moderada a severa, y que algunas mujeres experimentan durante el embarazo o con posterioridad al parto (Rodríguez Muñoz, 2016). La depresión postparto en ocasiones comienza previamente o durante el embarazo. Sin embargo, las madres tienen menos probabilidades de recibir tratamiento en el periodo prenatal ya que muchos de los indicadores que se presentan pueden ser consideradas características comunes de la vivencia del embarazo (Olhaberry, 2015). Esta psicopatología, puede afectar a cualquier mujer durante los procesos de embarazo y puerperio, sus causas pueden ser múltiples factores como; ambientales, falta de apoyo familiar, cambios hormonales, embarazo no deseado, como también eventos estresantes. Otros factores importantes a señalar son; antecedentes previos de depresión en otra etapa del ciclo vital, o antecedentes familiares de patologías mentales que inciden en la prevalencia de presentar depresión durante el periodo perinatal (NICE, 2020).

En lo que respecta a Uruguay, se cuenta con escasas investigaciones que aborden la relevancia de la intervención psicológica en la depresión perinatal, lo que se considera una vacancia importante, para poder contribuir a la prevención y la atención oportuna de dicho trastorno psicopatológico. La atención en salud durante el periodo perinatal, ha estado enfocada desde la mirada biomédica, centrada en aspectos físicos y la relación de la

madre con su bebe. Por otra parte, las intervenciones desde el ámbito psicológico en dicho periodo se orientan principalmente a las situaciones de riesgo, cuando ya está instalada la patología y en casos de que existan antecedentes de patologías previas.

Si bien a día de hoy está presente como disciplina la psicología perinatal que se centra en el proceso del embarazo parto y puerperio, enfocándose desde una perspectiva psicosocial (Defey, 2009), aún queda pendiente introducirla como pilar fundamental en el “Manual para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio” (MSP, 2014).

En Uruguay desde la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con la implementación de la Ley N° 18.211, implicó un cambio en el modelo de atención enfocado a la promoción en salud, prevención primaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. Estas acciones se desarrollan en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), asegurando la mayor capacidad resolutive del Primer Nivel de Atención (PNA).

Como señala Vignolo et al. (2011), este primer Nivel de atención en salud, es el que se ubica más próximo a la población, es el primer contacto que tiene la persona para poder ingresar al sistema de salud , proporcionando una respuesta oportuna y eficaz. Desde este nivel se organizan los recursos para las demandas más básicas y frecuentes de los usuarios de la salud, donde se resuelven aproximadamente el 85% de las consultas, pudiendo ser resueltas por actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (p.12).

En consonancia con lo anteriormente mencionado, con la reforma del sistema de salud, y la reformulación del Plan Nacional de Salud Mental (MSP,PNSM 2020-2027), el rol del psicólogo en el primer nivel de atención ha logrado un giro importante, en el cual se establece expresamente su incorporación al PNA, reconociendo la importancia del profesional, pero aún existen espacios en los cuales intervenir desde la promoción y prevención.

Por lo expuesto anteriormente resulta pertinente implementar esta propuesta de atención psicológica preventiva - asistencial para mujeres de 18 a 40 años, durante el embarazo y puerperio en el marco del SNIS, que contemplen un espacio de orientación, psicoeducación, acompañamiento terapéutico, permitiendo la detección precoz y tratamiento oportuno, en aquellos casos que lo ameriten, ante la presencia de indicadores de depresión.

El marco conceptual que sustentará la propuesta proviene de la Psicología de la Salud, la que aportará herramientas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la mujer y su bienestar, lo que permite desarrollar a pleno sus habilidades maternas para el cuidado integral del bebé.

Antecedentes

La búsqueda bibliográfica se realizó mediante diversas fuentes como libros, revistas científicas, base de datos como Google Académico, Redalyc, Scielo. Elsevier, entre otras fuentes.

A nivel internacional

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2021), a nivel mundial la depresión afecta aproximadamente a un 10% de las mujeres embarazadas, y a un 15% a las mujeres que están en el periodo post-parto. Su prevalencia es mayor en países subdesarrollados, que en países desarrollados. Su incidencia mundial es del 15 al 20%.

Nice, (2014), citado por Fernandez y Olza (2022), refiere que entre el 10% y el 20 % de las mujeres presentan problemas de salud mental en el embarazo o en los primeros años tras el parto.

En este sentido, Krauskopf y Valenzuela (2020), refieren que las investigaciones a nivel mundial se han enfocado durante los últimos treinta años en la detección y el tratamiento de la depresión postparto implementando programas y políticas de salud. Destacan que en los últimos años se ha visto mayor interés sobre la depresión en el embarazo haciendo énfasis en el concepto de depresión perinatal, y en la prevención e intervenciones tempranas durante este periodo. Del mismo modo, las autoras señalan que durante el congreso anual *American College* de Ginecología y obstetricia (ACOG) 2018, basado en los Trastornos del Ánimo del periodo perinatal, médicos especializados de la Universidad de Massachusetts Medical School, afirman que el suicidio materno supera, como causa de mortalidad, a otras patologías biológicas. Por lo que se plantea, la importancia de evaluar la sintomatología anímica materna, por profesionales de la salud (p.140).

Dado que es una problemática de salud pública mundial, en este último año, la OMS (2022), presentó una “*Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil.*”, el que tiene como objetivo brindar herramientas a los profesionales de la salud, así como a responsables de Programas y políticas de salud destinadas al periodo perinatal.

Como señalan en la página web del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2022), durante los procesos de embarazo y puerperio, se observa en la mujer una vulnerabilidad psíquica que puede desarrollar un estado de depresión. Una de cada diez madres en los países desarrollados experimentan un problema de salud mental durante el embarazo, o en el año posterior al parto, y una de cada cinco mujeres en países

subdesarrollados. El 20% de las mujeres con problemas de salud mental perinatal tiene pensamientos suicidas o llega a autolesionarse.

Byatt et.al (2006), citado por Vigod y Dennis (2020), alertan que a nivel mundial solo una de cada cinco mujeres afectadas por un trastorno mental perinatal recibe el tratamiento necesario para su remisión. Anualmente se estiman 130 millones de nacimientos en todo el mundo y un 20% de mujeres afectadas, por lo que 2 millones de mujeres cada año presentan patologías mentales perinatales (p.328).

Howard y Khalifeh, (2020) señalan que a partir de 2016, en el Reino Unido, el gobierno ha destinado fondos para la atención en salud mental a mujeres que presentan trastornos mentales durante el embarazo y en el primer año posparto. Esta política de salud tiene por objetivo proporcionar una atención acorde con la Guía de Salud Mental Prenatal y Posnatal (*Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*), elaboradas por el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención -NICE- *National Institute for Health and Care Excellence (2014)*. Del mismo modo, refieren a Kendel et al. (1987), por la relevancia de su investigación sobre este tema en dicho país. Este equipo de investigadores plantea que el trastorno depresivo es común en mujeres con y sin antecedentes de problemas de salud mental. Expresan que mujeres con patologías previas como el trastorno del estado de ánimo grave preexistente, tienen probabilidad mayor de tener un ingreso psiquiátrico en el mes posterior al parto, que en el periodo gestacional (p.314).

Siguiendo con Howard y Kalifeh (2020), señalan que en investigaciones demuestra en lo que respecta a las intervenciones psicológicas a nivel individual y psicosociales, varios estudios anglosajones (Inglaterra, Australia y EEUU) y concluyen que las intervenciones con mayor efectividad y rentabilidad son las sustentadas en la Teoría Cognitivo - Conductual. Estudios específicos sobre la depresión perinatal plantean que las intervenciones psicosociales que abordan la depresión perinatal son eficaces para reducir los síntomas y también favorecen el crecimiento del bebé. Por último, expresan [...] “que los programas actuales de prevención de la depresión perinatal no se dirigen a los determinantes más fuertes del riesgo y no están integrados estructuralmente en los principales sistemas sociales” (p.320).

Vigod y Dennis (2020), fundamentan que la psicoterapia basada en evidencia es una opción efectiva para el tratamiento de trastornos comunes como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, y trastornos relacionados con el trauma y factores estresantes. Destacan que un número significativo de mujeres no pueden acceder a las consultas ya sea por limitaciones al acceso, trabajo, cuidados y la limitación de falta de personal de la salud mental en varias jurisdicciones. Para ello plantean intervenciones de asistencia virtual en aplicaciones “móviles son particularmente accesibles, sostenibles y proporcionan oportunidades escalables de bajo costo” (p.328)

En España, Olza et al (2021), señalan que son escasos los programas destinados a la salud mental perinatal en la región por parte de los sistemas públicos y privados de salud.

Por lo que proponen un modelo de encuadre que aborda la atención integral a la perinatalidad. Este modelo incluye los cuidados a los procesos psíquicos de la reproducción, embarazo, parto y postparto desde una visión ecosistémica. Esta propuesta se inspiró en autores como Urie Bronfenbrenner y Jhon Bowlby, entre otros. En este modelo integran aportes de la neurobiología, epigenética, modelos de transmisión intergeneracional del apego y trauma, y sistémica. Plantean apostar a la escucha, acompañamiento y la psicoterapia como herramientas básicas en la atención comunitaria e individual a madres, bebés y familias. Las autoras, enfatizan la importancia del acompañamiento de la mujer madre en el periodo de embarazo parto y puerperio, poniendo foco en la madre, su bebe y los sistemas que los rodean (p.24).

En 2009, en el municipio de Madrid, Majadahonda, en el Hospital Universitario Puerta del Hierro, se implementó un programa para asistir a gestantes con problemas emocionales. Se plantea que asisten una media de 70 mujeres al año. El Programa de psiquiatría y salud mental perinatal del hospital cuenta con un equipo multidisciplinar formado por psiquiatra, psicólogo, obstetras, matronas, pediatras, neonatólogos, enfermeras y otros profesionales (Torres Menargues, 2022). Es por esto que las doctoras psiquiatras del programa afirman la importancia del rol del psiquiatra y psicólogo en el equipo de atención,

...va a jugar un papel significativo destinado a tener en cuenta y cuidar precisamente ese proceso psíquico característico del embarazo y el puerperio, tanto en la madre como en el bebé, con la vista puesta en la prevención y detección temprana de psicopatología materna y vincular (Olza y Palanca 2012, p.56).

Siguiendo en España, Barcelona, en el Hospital privado Mutua Terrassa, desde su página web, se plantea una estrategia de asistencia en salud sexual y reproductiva. En el área de Salud mental perinatal, disponen de un equipo multidisciplinar integrado por obstetras, ginecólogos, neonatólogos, psiquiatras, psicólogos, comadronas y trabajadoras sociales- el que realiza un programa personalizado en el tratamiento y control de las mujeres que pueden padecer problemas de salud mental durante el período perinatal. El seguimiento comienza en la etapa preconcepcional y se prolonga durante la gestación, parto, visitas domiciliarias de puerperio y el control en la Atención Primaria durante el primer año de postparto (Mutua Terrassa asistencial, 2017)

Por otro lado, Pejó.L (2017), propone en su tesis doctoral desde la Universidad de Castellón, una herramienta online para la prevención de la depresión perinatal a través de la evaluación y seguimiento del estado emocional de las mujeres embarazadas y en el posparto. Para ello desarrollan una aplicación web "Mamá Feliz" (para smartphones), la cual evalúa los factores de riesgo vinculados a la depresión perinatal, distribuidos en variables

sociodemográficas, obstétricas, psicológicas y psicopatológicas. Desde el sistema de salud se ofrece a las usuarias embarazadas códigos de acceso a la aplicación y desde su casa pueden registrarse y completar un formulario on line para evaluar fases (entre las semanas 16-24 de gestación, entre las semanas 30-36 del embarazo y a las 2, 4 y 12 semanas tras el parto).

A partir de esta web, Osma,J et al. (2017) realizan estudios sobre la relación entre la ambivalencia afectiva y los síntomas depresivos.

En el continente Americano se encuentra que en Cuba, el Sistema Nacional de Salud cuenta con el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI). Este programa tiene como objetivo la atención integral de la mujer y el bebe durante el periodo de embarazo y nacimiento. Un estudio realizado en el Hospital Gineco Obstétrico por la Docente Ana Betancourt de Mora. Camagüey, explica que la atención prenatal se organiza en base al riesgo obstétrico que la mujer embarazada presente durante el embarazo o al momento del parto. (S/F)

En un artículo publicado en la Revista Scielo, investigadores cubanos Perez-Solis et al., (2020), refieren que si bien la prevalencia del trastorno mental en embarazadas en Cuba requiere de un Programa como el PAMI, son escasos los estudios publicados que abordan esta temática y no se puede dimensionar este problema.

Por otro lado, en Colombia, se señala que son acotados los estudios que se han realizado sobre la salud mental de la mujer durante en el periodo perinatal. En el sistema de salud colombiano, el estudio y la atención médica de la depresión perinatal comienza durante el embarazo y se extiende hasta un año de postparto. Consideran pertinente evaluar índices de la depresión a partir del primer trimestre de embarazo, implementando la Escala de Edimburgo (Osma-Zambrano, et al., 2019,p.174).

A nivel regional

En lo que respecta a la región, investigaciones en Chile muestran que a partir de programas y políticas públicas se han centrado en la detección y tratamiento de la depresión perinatal, las autoras plantean investigaciones que fundamentan el potencial que existe sobre la prevención e intervenciones tempranas durante el periodo perinatal (Krauskopf y Valenzuela,2020).

Chile cuenta con un *“Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento”* en el Primer Nivel de Atención (PNA) (MSP 2014, Chile).

En dicho protocolo se proponen una serie de estrategias de intervención y herramientas para los profesionales del sistema de salud para prevenir y detectar la depresión perinatal durante el embarazo y puerperio en mujeres mayores de 15 años. “Su propósito es entregar herramientas para detectar en forma precoz y apoyar el tratamiento de la depresión durante la gestación y el posparto, para disminuir la morbilidad de la madre y su hijo(a) (MSP, 2014 Chile, p.4).

En este manual se describen criterios diagnósticos y presentaciones clínicas de la depresión postparto, como también factores de riesgo de depresión durante el periodo perinatal. Propone instrumentos que pueden ser utilizados para el tamizaje de la depresión, y posibles intervenciones, como valoración del riesgo en caso de situaciones de mujeres propensas a desarrollar esta patología. Plantean intervenciones psicoterapéuticas durante el embarazo, y para mujeres con depresión leve a moderada proponen intervenciones psicosociales. Para dichas intervenciones utilizan técnicas de relajación, Terapia cognitivo conductual (TCC) y la psicoterapia de apoyo, explicitando que pueden ser útiles para tratar la ansiedad. Explicitan que para tener resultados en el tratamiento se propone realizar un diagnóstico integral para la valoración, salud física, emocional, conductas depresivas, antecedentes familiares, sistema familiar, social y vida actual.

El protocolo, aclara también que los efectos de dichos tratamientos no solo se centran en la madre sino además en la relación madre-bebe y el desarrollo del niño.

En cuanto a Argentina, si bien se encuentran estudios realizados en torno a la detección de la depresión perinatal, no se ha encontrado una estrategia concreta y relevante en el seguimiento de la salud mental durante el embarazo. El sistema de salud en Argentina cuenta con un Programa Médico Obligatorio actualizado en 2017, en cual está enfocado al cuidado físico del embarazo y postparto. Cerani Cernadas (2020), considera relevante la sensibilización de los médicos tratantes (obstetras y pediatras) para la detección de una depresión postparto y que estos puedan recomendar asesoramiento psicológico. Del mismo modo explica la intervención que existe hace diez años en el Hospital Italiano de Buenos Aires, donde los pediatras efectúan la aplicación de la Escala Edimburgo y así detectar durante las primeras semanas los trastornos que llevan a la depresión postparto y así comenzar un tratamiento adecuado (p.155).

En Uruguay

El MSP en el año 2018 informa a la población, a través de su página web, datos sobre el control del embarazo y desarrollo en el primer año de vida a nivel país y en Montevideo, teniendo como fuente el mayor prestador del SNIS, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). La información permite identificar la amplia cobertura para desarrollar la atención primaria en salud.

El porcentaje de embarazadas bien controladas en todo el territorio nacional es del 91 %, mientras que en Montevideo el porcentaje es del 89 %. En cuanto al control de desarrollo en el primer año de vida, en todo el territorio es del 62 %, y en Montevideo, del 60 % (MSP 2019).

Como refieren en página web de Mujer y Salud Uruguay (2022), en Uruguay se estima que en 2021 se registraron 35 mil nacimientos. Otro dato relevante, según estadísticas (MYSU, 2022), a partir del contexto de pandemia por COVID-19 y la irregular atención de los servicios, ha contribuido a la mortalidad materna en el país. La mortalidad materna en Uruguay ha descendido con el correr de los años, pero lo cierto es que en el año 2021 se ha registrado la tasa más alta de mortalidad que no se presentaba desde la década de los 80. En 2020, 11 mujeres fallecieron por motivos vinculados al embarazo, parto o cesarea y/o aborto, duplicándose esta cifra en el año 2021 por estas mismas causas (MYSU, 2022).

Es relevante pensar la relación de la mortalidad materna con la depresión perinatal, ya como resultado del contexto de pandemia COVID-19, factor preponderante en la falta de atención médica asistencial para dicha población.

A nivel nacional, son pocas las investigaciones que se han realizado en torno al problema de la salud mental perinatal y estrategias de intervención. La mayoría de estos estudios se centran en la prevalencia de la depresión postparto, evaluando el estado psicoemocional de la mujer a lo largo de todo el primer año de nacido el bebe (Corbo et. al., 2011).

Un estudio realizado en el 2008, en la Clínica de psiquiatría pediátrica, Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR) , captan embarazadas adolescentes para realizar seguimiento durante el embarazo y primer año de vida del bebe. Como estrategia de intervención utilizaron entrevistas clínicas y aplicaron cuestionarios para la detección de la depresión en las mujeres. En las que detectaron elementos depresivos se les realizaron intervenciones terapéuticas breves , observando buenos resultados en relación al vínculo madre-bebe (Gonzalez Piriz, 2008 citado en Corbo et al., 2011).

En 2009 Berrutti, citada en (Corbo et al., 2011), para la obtención de título de obstetra, realiza una investigación en el Centro de Salud del Cerro (Montevideo). En esta, aplica la escala de Edimburgo a madres en puerperio. Se encuentra una prevalencia de un 18.3% de depresión materna en el primer año, y asocia los resultados a los diferentes contextos que están expuestas las madres y sus bebés.

Corbo et al., (2011) investigan la prevalencia de la depresión postparto en la ciudad de Montevideo, utilizando la Escala Edimburgo EPDS, autoadministrada a mujeres. En este estudio se detectó una prevalencia general de 16,5% de madres de niños mayores de seis semanas y menores a un año, con síntomas de depresión, evaluando el contexto situacional.

A partir de enero de 2022, se ha establecido en Uruguay como Meta Asistencial (MSP, 2022), “Acompañamiento y consejería a la mujer durante su primer puerperio.” Dicha meta asistencial plantea ...“Se prevé la realización de dos consultas dirigidas al acompañamiento y consejería a la mujer en su primer puerperio hasta los 90 días inclusive

desde la fecha de parto o cesárea“ (p.35). Estas consultas abordan temas relacionados con el “ autocuidado físico incluyendo salud bucal, autocuidado emocional, lactancia, puericultura, sexualidad y anticoncepción“ (Meta asistencial, p.36).

En la Meta se especifica que estas consultas de acompañamiento y consejería;...”deben ser realizadas preferentemente por parteras, licenciadas y auxiliares en enfermería, pudiendo también participar pediatras, médicos de familia, médico general y gineco-obstetras. Asimismo, eventualmente dependiendo del tema a abordar pueden intervenir nutricionistas, odontólogos o higienistas dentales”.(p.37)

La segunda instancia de consulta se destina a realizar una pesquisa de detección de la depresión post-parto. A las mujeres madres que se le aplique dicha escala no pueden estar en seguimiento con psiquiatra, y se recomienda que sea aplicada a partir de la sexta semana en adelante del proceso puerperal. En caso de que el resultado de dicha pesquisa indique una depresión, la usuaria será derivada a un Comité de Recepción de salud mental dentro de los 30 días posteriores a la evaluación.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) como principal rector de las políticas públicas en salud, y en conjunto con el Programa de salud integral de la Mujer, ha desarrollado guías, manuales y recomendaciones sobre la atención en salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Los equipos de salud que abordan la atención de los procesos perinatales cuentan con la referencia del “*Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*” en el que se propone una atención integral para la mujer durante este periodo; garantizando los mejores resultados para la salud de la madre y del recién nacido. Del mismo modo, plantea que los profesionales deben informar a la mujer embarazada sobre sus derechos y responsabilidades a tomar en cuenta para poder evitar futuras complicaciones durante el periodo perinatal (MSP, 2014). En la misma línea, se encuentran las “*Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo*“ el que busca ...“valorar a la usuaria con una mirada interdisciplinaria considerando integrar: enfermería, psicología, odontología, nutrición, trabajo social, anestesiología y todas las interconsultas adicionales que según necesidades surjan“ (MSP, 2018 p.19).

En la situación real y concreta, en el SNIS se observa que en la consulta desde el PNA, se prioriza el estado de salud físico de la mujer en los procesos de embarazo y puerperio y queda relegada la salud mental, no incluyendo a la psicología para el trabajo interdisciplinar como lo dispone en las recomendaciones sobre las prácticas de atención durante el embarazo y puerperio.

Marco Conceptual

Esta producción supone una propuesta de intervención, por lo que se considera pertinente dar inicio a este apartado explicitando conceptos centrales para la comprensión de la propuesta planteada.

Según la OMS (2022), define a la salud mental como el estado de bienestar que permite que las personas frente a momentos estresantes de su vida puedan desarrollar sus habilidades para poder adaptarse a ese contexto. Es el completo bienestar físico, emocional y social, y que no solamente exista la ausencia de enfermedad. Si se aborda el tema de la salud mental perinatal (SMP),

corresponde al grado de adaptación de la mujer a su condición de gestante, al funcionamiento armónico de su actividad psíquica y su correspondiente integración tanto individual como social, lo que lleva a un estado de bienestar personal y capacita para la futura maternidad (Contreras-Carreto et al, p.565).

Embarazo

El embarazo según la NICE (2020), es el término para describir la etapa en la cual el feto o bebe se desarrolla dentro del útero materno. Este proceso suele durar alrededor de 40 semanas o 9 meses. Como menciona Fernandez y Olza (2020), en esta etapa de la mujer es fundamental el acompañamiento y la atención ya que considerado una experiencia crítica en el ciclo vital en la que se producen diversos cambios biológicos, psicológicos, sociales considerándolo un momento de riesgo psíquico y vulnerabilidad para la salud mental de las mujeres.

A simple vista se pueden observar y detectar con más facilidad los cambios físicos, no obstante se dificulta la detección de procesos psicológicos que vulneran la salud mental. Es esperable en este proceso crítico como tal, que la mujer transite episodios que se asocian al cansancio, sentimientos de soledad, no saber cómo controlar las emociones, angustia, llanto, insomnio, lo que implica un riesgo en subdiagnosticar el trastorno depresivo durante el embarazo (Olhaberry, 2015, p.78).

Como indica Fernandez y Olza (2020) , ...“el cuerpo muestra cambios que pueden ser percibidos fundamentalmente por cada mujer. Pueden ser vividos con extrañeza e incluso rechazo, por lo que supone pérdida de control y falta de autorreconocimiento en el propio cuerpo“ (p.60). Las autoras señalan que en la etapa inicial está caracterizada por una ambivalencia emocional, enfatizan en que los procesos psíquicos que ocurren en el embarazo

no son los mismos para todas las mujeres, eso dependerá de cada embarazo en función de su propia historia , su recorrido vital y su particular momento (p.46).

Es pertinente destacar la contextualización donde se encuentra el ambiente de la embarazada en el cual emergen las representaciones mentales maternas, forjando el futuro vínculo madre-bebe. Como indica Defey(1994); “Podría hablarse de un proceso de gestación psíquica del hijo por medio del cual lentamente se va creando un espacio en la mente de la madre para él” (p.109).

Depresión Prenatal

La depresión durante el embarazo, se define como depresión prenatal, periodo que va desde la fecundación hasta el nacimiento. La sintomatología que se puede presentar es, irritabilidad, bajo estado de ánimo, desinterés o falta de concentración, también pueden presentar alteraciones en el sueño, en el apetito, preocupaciones excesivas, aislamiento o desesperanza impidiendo disfrutar de la llegada de su bebé y cumplir su rol materno (Moreno,N, 2022). La presentación clínica de la depresión mayor durante el embarazo es comparable a episodios depresivos en otras etapas del ciclo vital (Jadresic, 2010, p.270). Por lo que es fundamental la atención en detección precoz desde el sistema de salud para prevenir futuras patologías como depresión postparto y psicosis postparto durante el proceso del puerperio, así como también las redes de apoyo emocional durante dichos procesos son fundamentales tanto de la pareja y familiares continentales.

Puerperio

Como indica Ramirez (2022), el postparto o puerperio se define como el periodo que transcurre desde el nacimiento del bebe hasta que el organismo de la mujer vuelve al estado anterior. En muchos casos también se hace referencia a la “cuarentena” que son los 40 días que transcurren a partir del parto. La autora señala que a partir de la práctica en salud mental perinatal no se considera suficiente esta “cuarentena” para que las madres hayan recuperado su estado pregravidado (p.24) En este proceso se ponen en juego múltiples factores físicos, hormonales que tienen desencadenantes en el equilibrio emocional de la mujer. Las hormonas juegan un papel muy importante en estos procesos como señala Ramirez (2022);

La psicología de la mujer en el postparto se beneficiaría de la comprensión sistemática de lo que está sucediendo y, acompañada de las hormonas , comenzará a establecer vínculos de apego con su cría, lo cual es fundamental para la tarea de crianza que comienza (p 27).

En el manual de atención en el embarazo se plantea desde una perspectiva biomédica del puerperio que se plantea desde una mirada cuantitativa, no teniendo en cuenta otros procesos esperables, como los psicosociales, que pueden presentarse durante dicho proceso:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas posteriores al parto.
- Puerperio precoz: comprende desde el día uno hasta el día diez después del parto.
- Puerperio tardío: se extiende desde el día once después del parto hasta el día 42.
- Puerperio alejado: a partir de los 42 días (MSP, 2014 p.101).

Muchas mujeres, presentan durante dicho proceso, como lo define Defey, (1994) la depresión puerperal menor o "baby blues", esta depresión aparece a los dos o tres días de nacido el bebe y se asocia a múltiples factores, modificaciones hormonales, adaptarse al nuevo rol que exige múltiples exigencias. Del mismo modo, la autora hace referencia a los "microduelos" donde finaliza el embarazo y emerge la maternidad lograda (p.116). Es por esto que en el proceso de puerperio muchas veces las mujeres no se animan a expresar sus emociones negativas, por el "deber ser" una "buena madre", y por las presiones que trae consigo (Pereyra, 2022).

Otro autor que hace referencia a este proceso es Winnicot (1956), y explica que existe un estado especial que transita la madre semanas antes del parto y al comienzo del puerperio, lo define como una condición psicológica la cual llamó "Preocupación materna primaria". Es en este estado es que la madre podrá sensibilizarse con el bebe y satisfacer sus necesidades en tanto corporales y yoicas.

...un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo. Dura unas cuantas semanas después del nacimiento del pequeño. No es fácilmente recordado por la madre una vez que se ha recobrado del mismo. Iria aun mas lejos y diria que el recuerdo que de este estado conservan las madres tiende a ser reprimido (p. 407).

Depresión Postparto

Como menciona Ramirez (2022), el embarazo, parto y puerperio los define como procesos de alta vulnerabilidad donde se desencadenan síntomas depresivos, y en muchas ocasiones estos comienzan durante la gestación y continúan en el postparto. La autora citando a Urdaneta et. al (2020), señala que que la depresión postparto es un trastorno del ánimo severo, que tiene una prevalencia mayor en mujeres de bajos niveles socioeconómicos, y en países en desarrollo que en países desarrollados (p.197). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) lo denomina como "trastorno depresivo con inicio en el periparto" (DSM-5, 2014). El manual especifica que por lo general el episodio de depresión

mayor posparto comienza antes del parto, presentando síntomas del estado de ánimo y de ansiedad durante el embarazo (p.124).

Como señala Ramirez (2022), es el trastorno mental con mayor prevalencia en la población femenina a nivel mundial y pone el foco, en la subdiagnóstico de esta enfermedad, ya que explica que no se interviene lo suficiente en la detección de la sintomatología. Las mujeres puérperas no expresan los síntomas de tristeza por sentirse avergonzadas por ese sentimiento, queriendo demostrar la imagen de la idealización de la maternidad, no pudiendo visibilizar el trastorno. A esto lo denominan la depresión sonriente (p.198).

Tomando Defey (1994), realiza una clasificación de descompensación psiquiátrica durante el puerperio o postparto:

-Psicosis puerperal: se presenta en las primeras semanas del postparto, caracterizada por un delirio cambiante, se manifiestan elementos confusionales, alteración del estado de ánimo. Necesitando un abordaje rápido y eficiente para un pronóstico favorable. “La paciente que sufre una psicosis puerperal aparece ensimismada, triste, insomne, anoréxica, desalineada” (p.117). Presenta delirio paranoide, ideación suicida, de robo y daño del hijo, alucinaciones generalmente auditivas.

-Depresión puerperal patológica: Esta depresión está relacionada a complicaciones que se manifiestan en el puerperio, y con prevalencia en mujeres con antecedentes y/o han presentado problemas durante el embarazo. Pueden presentarse sentimientos de culpabilidad y autorreproche, incapacidad para materner, desamor por el hijo y ansiedad. Poca tolerancia a situaciones estresantes. Manifiesta fobias y obsesiones.

-Depresión puerperal neurótica: La autora define que generalmente el ...“ comienzo es un “baby blues” que se prolonga y comienza a manifestarse al volver al hogar” (p.120). Se presenta angustia, llanto, trastornos alimenticios, temor por agredir al bebe. Es importante la detección y derivación del médico tratante ya que la mayoría no consulta y lo somatiza.

Vínculo materno

El vínculo materno temprano, hace referencia a la relación que se establece entre la madre y el bebe desde la etapa pre-natal, continuando después del parto con un sentido fisiológico, psicológico y emocional. Este primer vínculo, no solo es importante desde el punto de vista biológico, sino que tiene una relevancia en la estructuración del psiquismo del infante. Cuando se hace referencia a la “función materna” remite a la predisposición de la madre de sostener y contener emocionalmente al bebe. En tal sentido lo esperable es que exista un bienestar psíquico de la diada madre-bebe, para que se produzca la fusión (Ramirez, 2022).

En este sentido, Winnicott (1956), refiere a la identificación materna con el niño y la dependencia del niño con su madre, está relega sus propios intereses para centrarse en su bebe, como se aclara anteriormente es que lo define como “preocupación maternal primaria”. Esta primera experiencia de conexión con el bebe, Winnicott (1990), plantea la función de sostén (holding), donde la madre protege al niño de las experiencias angustiosas desde el nacimiento, el cual facilitará los procesos madurativos y será base para la construcción de su personalidad. A partir de esta conexión que se establece, Bowlby (1998), define la teoría del apego. Plantea la importancia de que el bebe necesita de un cuidador principal que le brinde la seguridad, la cual será herramienta necesaria para consolidar así su desarrollo social y emocional en la adultez. En tal sentido, Ramirez (2022), explica que el apego no se establece de forma inmediata, se va desarrollando a lo largo de los meses, dependerá de la sensibilidad y capacidad de la madre de responder a las necesidades del bebe. Una adecuada conexión de ambos, habilitará una base segura de autoestima y bienestar al bebe y una identificación con su rol materno a la madre.

Intervención

Según el diccionario de la Real Academia Española (2023), define *intervención* como: acción o efecto de intervenir.

Desde la psicología intervenir, según Bados Lopez (2008), consiste en la aplicación de principios y técnicas psicológicas por parte de profesionales idóneos, con el fin de ayudar a las personas a prevenir, entender, modificar los problemas, mejorando sus capacidades personales e interpersonales (p.2).

Las intervenciones psicológicas propuestas se alinean con el enfoque desde la psicología de la salud haciendo hincapié en la promoción de la salud mental perinatal y la prevención de psicopatologías. Como técnica de intervención, en un primer momento se evalúa a la embarazada desde la consulta individual utilizando la entrevista clínica como herramienta principal, brindando la oportunidad de crear un espacio para el diálogo e interactuar ampliando su valor terapéutico, concepto tomado de (Fernandez y Olza, 2020).

José Bleger (1985), señala que “la entrevista es el instrumento privilegiado del método clínico y por tanto una técnica de investigación científica de la psicología” (p.9).

La entrevista psicológica posibilita el encuentro con un otro, posibilitando la recolección de datos relevantes para la intervención.

La regla básica ya no consiste en obtener datos completos de la vida total de una persona, sino en obtener datos completos de su comportamiento total en el curso de la entrevista. Este comportamiento total incluye lo que recogeremos aplicando nuestra

función de escuchar, pero también nuestra función de vivenciar y observar, de tal manera que quedan incluidas las tres áreas del comportamiento del entrevistado (Bleger, 1985, p.13).

Continuando desde un enfoque de promoción y prevención en el PNA, es que este proyecto pretende trascender el encuadre tradicional y proponer en segunda instancia un abordaje interdisciplinario para la coordinación del espacio grupal. En tal sentido se considera una modalidad terapéutica-grupal, como los Grupos de Ayuda Mutua (GAM), donde se intercambia apoyo emocional entre sus integrantes a partir de un problema o dificultad en común (Alberca et al. S/F).

Sus miembros se reúnen de forma voluntaria y libre, movidos por la necesidad de dar respuesta o encontrar una solución a un problema/enfermedad compartido por todos ellos, de afrontar y superar una misma situación conflictiva, o de lograr cambios personales y/o sociales (p.7).

Como lo indican Fernandez y Olza (2020) , es importante crear espacios para las mujeres en la transición a la maternidad, donde se sientan acompañadas, escuchadas y representadas, con el fin de facilitar la adaptación a las crisis que atraviesan.

Promoción y Prevención

Como lo refieren Vignolo, et al. (2011), la reforma del sistema de salud en Uruguay implicó cambios importantes en cuanto al desarrollo de atención, de gestión y de financiamiento, por lo cual se estableció un modelo de atención basado en la estrategia “Atención Primaria en Salud” (APS). Esta Estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978 significó un cambio de paradigma , superando el “modelo biomédico” enfocado a la cura de la enfermedad, y una atención clínica , asistencialista. Dicha estrategia, APS está destinada a todos los sectores de la población, para ello organiza y orienta los recursos en base a las necesidades que presentan y pone el foco en prácticas de promoción y prevención de la enfermedad priorizando el Primer Nivel de Atención

En lo que respecta a la prevención, implica aplicar medidas no solo con el fin de prevenir la aparición de la enfermedad , sino que se enfoca en reducir riesgos, detener los procesos de enfermedad con el fin de mitigar las consecuencias de esta. La prevención se puede clasificar en tres niveles: Prevención primaria, destinada a disminuir la aparición de la enfermedad, es el ejemplo de programas que transmiten información de cómo puede aparecer la enfermedad. Prevención secundaria, enfocada en acciones al “diagnóstico precoz” y “tratamiento oportuno”, realizando controles médicos a tiempo y así prevenir la aparición de la enfermedad.

Prevención terciaria, implica acciones relacionadas a la rehabilitación de la enfermedad que está clínicamente diagnosticada pero en fase de recuperación. Estas acciones apuntan al control y seguimiento, mejorando la calidad de vida y la reducción del daño (p.12).

En cuanto a la promoción de la salud, Vignolo et al. (2011), señala que es una estrategia que se establece en Ottawa, 1986 y se delimita como un proceso de acciones que implica brindar a los individuos de una comunidad herramientas necesarias para el control de su salud y mejorar calidad de vida. Se enfoca en proponer ambientes de vida saludables, enfocados en determinantes de la salud y sociales.

En este sentido, el Rol del psicólogo en el PNA, apunta a incorporar estrategias de promoción y prevención de la salud integral del individuo, enfocadas a orientar, guiar y psicoeducar para generar hábitos saludables. Se propicia el trabajo interdisciplinar e intersectorial que favorece la comunicación, el trabajo en equipo y la atención integral al usuario.

Objetivos

Objetivo General

Implementar una propuesta de atención psicológica preventiva - asistencial para mujeres de 18 a 40 años, durante el embarazo y puerperio en prevención de la depresión perinatal, en prestadores públicos y privados del Sistema Nacional Integrado de Salud de Uruguay (SNIS), en el Primer Nivel de Atención de Montevideo.

Objetivos Específicos

- Acompañar desde el espacio de atención psicológica tanto individual y/o grupal a las mujeres embarazadas y puérperas consultantes en servicios de salud públicos y privados del SNIS. Brindar orientación y consulta.
- Psicoeducar a las mujeres en dichos procesos con el fin de que propicien el autocuidado en salud. Abordar emociones que generan temores, miedos, dudas e inquietudes.
- Identificar factores de riesgo y detección precoz de la depresión perinatal u otro tipo de enfermedades y/o problemas psico-sociales.
- Realizar derivación y seguimiento en los casos de mujeres que se detecten patologías y problemas psicosociales a otros profesionales.

Metodología de intervención

El espacio de atención psicológica preventivo - asistencial está destinado a mujeres de 18 a 40 años, durante el periodo perinatal, para llevar a cabo la intervención se realizará una propuesta de Plan piloto en prestadores de salud públicos y privados del SNIS en el PNA. Se proponen diferentes tipos de abordajes psicológicos: orientación y consulta, procesos individuales, dispositivo de derivación a otros especialistas, seguimiento y la incorporación a Grupos de ayuda mutua, este último coordinado por un equipo psicosocial.

En cuanto al criterio de la selección de los centros de salud del PNA serán, dos Centros de Salud del subsector público de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y dos del sector privado. Se contemplarán características sociodemográficas que incluyan la población delimitada en dicho proyecto, los recursos humanos que conformen el equipo de

atención propuesto y la infraestructura pertinente para los espacios de consulta individual y la formación de Grupos de Ayuda Mutua.

Procedimiento

A partir de la selección de los Centros de Salud se realizará el contacto con las instituciones con el objetivo de plantear la propuesta y obtener las autorizaciones correspondientes.

En primera instancia se propone estipular el espacio de orientación y consulta psicológica individual con la embarazada., en paralelo de los controles obstétricos. Para ello será necesario contar con el carné del programa de atención en el embarazo.

- Se realizará una consulta individual en cada trimestre de embarazo, con la posibilidad de elegir cuándo asistir a la consulta dentro del trimestre que le corresponde.
- Las consultas individuales, realizadas durante el proceso de puerperio se coordinarán una vez nacido el bebe en paralelo a las consultas pediátricas.
- Los encuentros grupales durante el embarazo y puerperio, serán coordinados por un equipo psicosocial y la derivación se realizará a partir de la consulta psicológica.

Es pertinente destacar que el espacio con psicología quedará habilitado para futuras consultas que la usuaria embarazada considere necesario.

Primera consulta psicológica prenatal. (Primer trimestre)

- En la primera consulta se aplicará un cuestionario sociodemográfico para tener datos relevantes del contexto situacional de la embarazada. Indagar la historia de vida, área familiar, explorar vínculo con la pareja, antecedentes en relación a la salud mental, consumo de sustancias y tratamiento psicofarmacológico.
- Estas tienen como objetivo brindar a la embarazada un espacio que favorezca la confianza en el profesional con el fin de conocer cómo se adapta al embarazo, emociones, temores, inquietudes, conocer el significado y expectativas que la mujer le otorga a su futuro bebe.
- Toda la información relevante será registrada en la historia clínica, realizando un seguimiento de la usuaria en el periodo de gestación. Como herramienta principal se utilizará la entrevista clínica en la consulta.

Segunda consulta psicológica prenatal. (segundo trimestre)

- Esta instancia se llevará a cabo aplicando entrevistas semidirigidas, a modo de indagar aspectos relevantes para el seguimiento, identificando factores de riesgo e indicadores que pongan en peligro la salud de la mujer embarazada y/o problemas psicosociales.
- Se tendrá como objetivo el acompañamiento y la orientación psicoeducativa en relación al autocuidado de la madre y su embarazo.
- Se llevará a cabo la aplicación de un cuestionario que pesquise indicadores del estado de ánimo, para ello se proponen dos cuestionarios, Whooley y GAD-2. (Guías Nice: National Institute for Health and Care Excellence. Great Britain).

El cuestionario Whooley indaga la sintomatología depresiva y el cuestionario GAD-2 la sintomatología ansiosa, propuestas por Fernandez y Olza (2020, p.282).

Preguntas de Whooley y GAD-2: (Fernandez y Olza, 2020)

<i>Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en este último mes.</i>	NO	SI
<i>¿Se ha sentido frecuentemente baja de ánimo, deprimida, desesperanzada?</i>	0	1
<i>¿Ha sentido con frecuencia que ha perdido el interés y el placer por las cosas?</i>	0	1
<i>¿Se ha sentido nerviosa, ansiosa y desbordada?</i>	0	1
<i>¿Se ha sentido incapaz de controlar o parar sus preocupaciones?</i>	0	1

En caso de obtener una respuesta positiva de alguna de las cuatro preguntas se ampliará la evaluación (Fernandez y Olza 2020), aplicando como instrumento la Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo (Cox et al., 1987).

Con los datos obtenidos se evaluará si es posible una futura derivación a los Grupos de Ayuda Mutua, los cuales se realizarán en el tercer trimestre.

Tercer consulta psicológica prenatal (tercer trimestre embarazo)

- En esta instancia se prevé un enfoque de acompañamiento terapéutico, donde la embarazada se sienta acompañada, escuchada y contenida. Se hace énfasis en el acompañamiento terapéutico de aquellas embarazadas que viven esta etapa crítica con sufrimiento y malestar (Fernandez y Olza, 2020).
- Con el objetivo de conocer la eficacia de las intervenciones se aplica un cuestionario breve de evaluación, el cual será voluntario.

Consultas psicológicas durante el Puerperio (postparto)

- Para llevar a cabo el proceso de acompañamiento y orientación psicológica después del parto, se realizará un seguimiento en paralelo a las consultas pediátricas, del recién nacido, hasta el sexto mes del puerperio.
- Se estipula consulta psicológica individual a los diez días, al mes, al tercer mes y al sexto mes del puerperio, enfocadas en el acompañamiento y en la evaluación del estado emocional. En esta etapa es importante orientar a la mujer focalizando en la calidad de los cuidados maternos, orientar sobre pautas de crianza, haciendo hincapié en el estado emocional y cómo este influye en el bebé.

Esta primera intervención se centrará en indagar el estado de ánimo de la madre y detectar indicadores de depresión. Para ello se implementará la Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo (Cox, et al., 1987). Este cuestionario cuenta de diez ítems, ha sido validado en múltiples países y posee una sensibilidad cercana al 100% (Ramirez, 2022).

En caso de detección de depresión se realizarán las evaluaciones pertinentes para su diagnóstico y derivaciones para seguimiento al equipo de salud mental del PNA que corresponda.

- En las consultas del primer mes, tercer mes y sexto mes de puerperio se habilitará un espacio psicoterapéutico para la mujer y su nuevo rol materno. Se implementarán los mismos protocolos de evaluación en caso que se detecten indicadores de depresión. Se espera acompañar a la mujer en este proceso de grandes cambios.

Intervenciones Grupales

Como segunda modalidad de intervención, se plantean Grupos de Ayuda Mutua (GAM), a partir de un problema en común se intercambia el apoyo emocional entre sus integrantes. Este grupo será coordinado por un equipo psicosocial.

Encuentros grupales

- Se propone crear grupos diferentes para cada proceso. Se realizará un grupo para las embarazadas (sin importar el mes de gestación) y otro grupo para la mujer durante el proceso de puerperio.
- Cada grupo podrá disponer de 10 a 15 participantes aproximadamente, permitiendo la libertad de asistencia y estos espacios tendrán una frecuencia mensual con una duración de 90 minutos.
- Los grupos serán coordinados por el equipo psicosocial, los cuales tendrán una capacitación previa. Se espera que el equipo esté integrado por: Psicología, Trabajo Social, Parteras, Nutrición y Enfermeras.

Derivación a los grupos

- La derivación al grupo durante el embarazo se realizará a partir de la evaluación aplicada en la consulta individual del segundo trimestre.
- En el puerperio se realizará a partir de la primera consulta individual psicológica. En caso de que la madre a partir del sexto mes presente síntomas de depresión, será derivada y seguirá siendo evaluada por el equipo de salud mental.
- Para participar de los encuentros grupales se evalúan las capacidades yojicas para transitar y sostener el espacio.
- La finalidad de los encuentros grupales apunta al intercambio de diversas experiencias e intereses en común en relación al embarazo, parto y puerperio. Se habilita un espacio para que puedan compartir, escuchar, dialogar y pensar diferentes miradas de estilos de vida, vínculos, y el nuevo rol materno.
- Al finalizar los seis encuentros grupales, con el objetivo de conocer la eficacia de las intervenciones se aplica un cuestionario breve de evaluación, el cual será voluntario.

Grupo de ayuda Mutua en el embarazo

El equipo coordinador dispondrá de temáticas relevantes como disparadoras de apertura al diálogo. Posibles temas:

- Estados de ánimo
- Cambios corporales
- Trastorno en la conducta alimentaria
- La sexualidad en la pareja
- Pensar la maternidad
- Miedos, incertidumbre en torno al parto
- Como quiero parir, ¿me pueden acompañar en el parto?

Grupo de Ayuda Mutua en el Puerperio

El equipo coordinador dispondrá de temáticas relevantes:

- Cansancio, tristeza ¿síntomas esperables durante el puerperio?
- Mitos y realidades en torno a la maternidad
- La sexualidad en el puerperio
- ¿Dormir cuando duerme mi bebe?
- ¿Qué significa que te ayuden?
- ¿Colecho sí, colecho no? riesgos y beneficios para el bebe

- Chupete ¿sí o no?
- Colectivizar preocupaciones en torno a situaciones vividas por las mujeres

Evaluación

Se espera que cada mujer que participe de las intervenciones tanto grupales como individuales, responda un breve cuestionario de preguntas cerradas en los cuales las respuestas van a ser definidas a priori, valorando la pertinencia del programa asistencial psicológico preventivo.

Se realizará la elaboración de informes que integren los datos recolectados de las evaluaciones. De este modo se podrá analizar la eficacia de las intervenciones en dichos procesos como también reformular nuevas estrategias para futuras intervenciones y relevantes para la difusión del programa.

Cronograma

Actividades de Consultas individuales	1er Trimestre	2do Trimestre	3er Trimestre	10 días de puerperio	1er mes de puerperio	3er mes de puerperio	6to mes de puerperio
Consulta individual durante el embarazo							
Consulta individual en el puerperio							
Cuestionario sociodemografico							
Aplicación de instrumentos de evaluación Whooley y Gad-2							
Aplicación de la Escala de Depresión postparto Edimburgo.							
Derivación a Grupos de Ayuda Mutua							
Evaluación de eficacia de las intervenciones							

Cronograma de encuentros grupales a partir del sexto mes de embarazo

<i>Grupos</i>	A partir del 6to mes de embarazo	7to mes de embarazo	8vo mes de embarazo	9no mes de embarazo
<i>Grupo mujeres embarazadas</i>				
<i>Evaluación de eficacia de la intervención</i>				

Cronograma de encuentros grupales en el puerperio

<i>Grupos</i>	1er mes de puerperio	2do mes de puerperio	3er mes de puerperio	4to mes de puerperio	5to mes de puerperio	6to mes de puerperio
<i>Grupo de mujeres en proceso de puerperio (los encuentros se realizan una vez al mes)</i>						
<i>Evaluación de eficacia de la intervención</i>						

Análisis de la implicación

Cuando comencé la formación en la Licenciatura de Psicología ya era madre y mi interés por los procesos psicológicos que emergen durante la maternidad, me llevaron a la elección de determinadas optativas que me acercaron a teorías y conceptos que desconocía totalmente. Con la acumulación de ese saber fui entendiendo diversos comportamientos que nos ocurren a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. En tal sentido pienso que si en ese momento hubiera tenido esas herramientas podría haberme enfrentado a todo ese nuevo acontecer, de otra manera.

Es por esto que la temática planteada en el proyecto, despertó mi interés de pensar un programa que brinde a la mujer durante dichos procesos, herramientas y saberes que son tan necesarios para enfrentar el embarazo y el rol materno.

Sumado a mi propia experiencia de vida, también tuve la posibilidad de estar inserta en un Centro de Salud en el PNA del mayor prestador público del Uruguay. Donde puede visibilizar la escasa contención y falta de apoyo psicológico en el seguimiento del embarazo y proceso de puerperio. Si bien es considerable que profesionales como; Trabajadoras Sociales, Parteras y Enfermeras cumplen un rol importante importante de contención, aún quedan metas por concretar. En tal sentido introducir a la psicología perinatal en el SNIS es un desafío presente.

Consideraciones éticas

Este proyecto de intervención será implementado en Centros de Salud públicos y privados del SNIS en el PNA. En este sentido dicha intervención habilita espacios para psicoeducación, escucha, contención y en la expresión de vivencias, emociones, por lo tanto es pertinente establecer confianza y seguridad. Todo lo expresado en cada instancia quedará a resguardo del secreto profesional. La asistencia a los grupos de ayuda mutua será voluntaria y el espacio quedará abierto para que las participantes puedan retirarse cuando lo crean pertinente. Es por esto que el siguiente proyecto se rige por el Código de Ética profesional del Psicólogo correspondiente al año 2001, (CEPP, 2001). Se tomarán los siguientes artículos:

Artículo 1º: el/la psicólogo/a en la práctica de su profesión se guiará por los principios de responsabilidad, confidencialidad, competencia, veracidad, fidelidad y humanismo prescindiendo de cualquier tipo de discriminación.

Artículo 10º: los/las psicólogos/as reconocen el derecho del receptor de sus servicios a la confidencialidad, por lo que deben obligatoriamente guardar secreto con respecto a la información obtenida. Asimismo, velarán porque sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional.

Artículo 11º: en el ejercicio de la profesión, el/la psicólogo/a mostrará un respeto escrupuloso del derecho del receptor de sus servicios a la propia intimidad. Únicamente recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de las tareas para las que ha sido requerido y siempre con la autorización del interesado.

Artículo 49º: la relación con otros/as profesionales debe estar centrada en el respeto mutuo, con énfasis en el trabajo interdisciplinario y en equipo, buscando los medios apropiados que beneficien al receptor de los servicios manteniendo las normas de su propia profesión y jerarquización de la misma.

Resultados Esperados

- Se espera que el presente proyecto de intervención facilite el acceso a la mujer durante el embarazo y puerperio a la atención en salud mental con un enfoque de promoción y prevención en el PNA.
- Fomentar el acompañamiento, atención, orientación emocional, contención, escucha seguridad y confianza para que la mujer en dichos procesos pueda expresar inquietudes, emociones y experiencias psicoeducando desde la psicología.
- Se espera visibilizar la relevancia de los aportes de la psicología y sus intervenciones en el área delimitada en el sector salud con el fin de mejorar el bienestar y calidad de vida de la embarazada- puérpera, así como en el primer vínculo madre-bebe para el óptimo desarrollo del infante.
- Se espera que con el establecimiento del siguiente proyecto se promueva la formación de recursos humanos en la especificidad de Psicología perinatal y se capacite al personal de la salud encargado del seguimiento en dichos procesos para una intervención eficaz y el diagnóstico oportuno en prevención de la depresión perinatal.

Referencias Bibliográficas

- Alberca,M., Cortijo,M., Fernandez,J., Fontecha,N., Fernandez,V., Garcia,S. y Justo,M. (S/F).
Guía de Grupos de Ayuda Mutua. *Salud Mental para trastorno Mental Común*. Servicio
de Salud de Castilla-La Mancha SESCAM. [GRUPOS DE AYUDA MUTUA
\(castillalamancha.es\)](http://castillalamancha.es)
- American Psychiatric Association, (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos
mentales: DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Bados Lopez, A. (2008). *La Intervención Psicológica: Características y Modelos* . Departamento
de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de
Psicología,Universidad de Barcelona. [Introducción a TITP \(ub.edu\)](http://ub.edu)
- Bleger, J. (1985). *La entrevista psicológica su empleo en el diagnóstico y la investigación*. En
Temas de psicología: Entrevista y grupos. Nueva Visión.
<https://dpp2016blog.files.wordpress.com/2016/08/bleger-la-entrevista-psicologica.pdf>
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida*. Editorial Paidós.
- Ceriani Cernadas,J. (2020). Depresión posparto, los riesgos y su temprana detección. *Arch
Argent Pediatr*, 118(3):154-155. [v118n3a01.pdf \(sap.org.ar\)](http://sap.org.ar)
- Contreras-Carreto,N., Moreno-Sánchez,P., Márquez-Sánchez,E., Vázquez-Solares,V.,
Pichardo-Cuevas,M., , Ramírez-Montiel,M., Segovia-Nova,S., González-Yóquez,T., y
Mancilla-Ramírez,J. (2022). Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención
integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cirugía y cirujanos*, 90(4), 564-572.
<https://doi.org/10.24875/ciru.21000003>
- Corbo,G., Defey, D. y D'Oliveira, N. (2011). *De-presiones maternas: depresión materna en el
primer año postparto; un tema oculto. Estudios de prevalencia*. Facultad de Medicina,
Escuela de Parteras, ASSE, Naciones Unidas Uruguay, Ministerio de Salud Pública,
Cooperazione Italiana:PNUD.Uruguay.
- Cox,J., Holden,R. y Sagovsky. (1987). *Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPS)*.
[Microsoft Word - EPDS - spanish - 1-07.doc \(nj.gov\)](http://nj.gov)
- Defey, D. (1994). *Mujer y Maternidad (Tomo I y II)*. Editorial Roca Viva.

- Defey, D. (2009). *El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de salud*. Montevideo, Uruguay: INAU, CAIF. [Librillos.Plan.Caif.-INAU.-UNDP.pdf \(adasu.org\)](#)
- Fernandez, P. y Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*. Editorial Síntesis S.A.
- Howard, L. y Khalifeh, H. (2020). Salud mental perinatal: una revisión de los avances y desafíos. *World Psychiatry*, 19:313–327 [Perinatal mental health: a review of progress and challenges - Howard - 2020 - World Psychiatry - Wiley Online Library](#)
- Infocop. Consejo general de la psicología en España (2016). *La depresión perinatal es un importante problema de salud pública*. Entrevista a Maria Fe Rodríguez Muñoz. [La depresión perinatal es un importante problema de salud pública - Entrevista a Maria Fe Rodríguez Muñoz - INFOCOP - Revista de Psicología](#)
- Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. (2022). *La OMS lanza una nueva guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno infantil*. [Nueva guía de la OMS para la integración de la salud mental perinatal](#)
- Jadresic M.E. (2010). *Depresión en el embarazo y el puerperio*. Rev Chil Neuro-Psiquiat, 48 (4): 269-278. [NEURO 4-2010.indd \(scielo.cl\)](#)
- Krauskopf, V. y Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 31(2) 139-149. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864020300183>
- Levcovitz, E., Antoniol, G., Sánchez, D. y Fernández Galeano, M. (2011). *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. OPS. Pontografía S.A. [OPS - libro de APS-2011.pdf \(paho.org\)](#)
- Ministerio de Salud, Chile. (2014). *Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento*. [PROTOCOLO DE MANEJO DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO \(minsal.cl\)](#)
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2014). *Guías en Salud Sexual y reproductivas. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*. [Guías](#)

[en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio | Ministerio de Desarrollo Social \(www.gub.uy\)](#)

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2018). *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional*. Recuperado en: [RECOMENDACIONES.pdf \(www.gub.uy\)](#)

Ministerio de Salud Pública. (2019). Control de embarazadas en todo el país es del 91% en el desarrollo del primer año de vida totaliza 62%. [Control de embarazadas en todo el país es del 91 %; en el desarrollo del primer año de vida totaliza 62 % | Ministerio de Salud Pública \(www.gub.uy\)](#)

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2022). *Meta Asistencial (2022-2023) Instructivo*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/meta-asistencial-2022-2023>

Ministerio de Salud Pública. (2020-2027). *Plan Nacional de Salud Mental*. [MSP aprobó el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 | Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo \(www.gub.uy\)](#)

Moreno,N. (2022). *¿Que es la depresión prenatal?. ¿Qué es la depresión prenatal?* [\(hmhospitales.com\)](#)

Mujer y Salud en Uruguay. (2022). *Que hacemos observatorio. Datos estadísticos*. [DATOS ESTADÍSTICOS | MYSU](#)

Mutua Terrassa Asistencial. (2017), *La nueva unidad de salud mental perinatal de Mutua terrassa consolida su trabajo transversal y multidisciplinar*. [Mútua Terrassa \(mutuaterrassa.com\)](#)

National Institute for Health and Care Excellence, NICE. (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. [Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance \(nice.org.uk\)](#)

National Institute for Health and Care Excellence, NICE. (2020). *Información sobre el embarazo*. [Información sobre el embarazo | NICHD Español \(nih.gov\)](#)

National Institute for Health and Care Excellence, NICE. (2020). *Depresión perinatal*. [NIMH » Depresión perinatal \(nih.gov\)](#)

- Olhaberry,M., Romero,M. y Miranda,A. (2015). Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé. *Summa Psicológica UST*. Vol.12 N° 1, pag. 77-87. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5147360>
- Organización Mundial de la Salud, (2021). *Depresión.Datos y Cifras*.[Depresión \(who.int\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression)
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. [WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services](https://www.who.int/publications/m/item/who-guide-for-integration-of-perinatal-mental-health-in-maternal-and-child-health-services)
- Organización Mundial de la Salud,(2022). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. [Salud mental: fortalecer nuestra respuesta \(who.int\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)
- Olza, I., y Palanca,I. (2012). La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*,1695-4238, N°. 101, págs. 55-64. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3922679>
- Olza,I., Fernández Lorenzo,P., González Uriarte, A., Herrero Azorín, F., Carmona Cañabate, S., Gil Sánchez, A., Amado, E., y Dip, M.E. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 41(139): 23-35. [Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal \(isciii.es\)](https://www.isciii.es/revistas/revista-41-139-23-35)
- Osma,J., Andreu,L., Suso,C. y Crespo,E. (2017). Proyecto MAMAFELIZ: Ambivalencia afectiva durante el embarazo. *IV Jornada de Salud mental perinatal en Barcelona*, (1)1, 81-100. [Psicosomática y psiquiatría. 2017, N°. 1 - Dialnet \(unirioja.es\)](https://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6344444)
- Osma-Zambrano,S., Lozano Osma, M., Mojica-Perilla, M. y Redondo-Rodriguez,S. (2019). Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 22(2),171-185. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3586/3122>
- Pereyra, M. (2022). *El Tabu de la depresión postparto : afecta a una de cada seis mujeres pero no se habla .*

<https://www.montevideo.com.uy/Noticias/El-tabu-de-la-depresion-postparto-afecta-a-una-de-cada-seis-madres-pero-no-se-habla-uc834501>

Pejo,L.(2017). Proyecto MAMÁFELIZ: Estudio sobre la salud mental prenatal a través de internet.(Tesis Doctoral, Universidad Jaume).[PROYECTO MAMÁFELIZ: Estudio sobre la Salud Mental prenatal a través de Internet \(tdx.cat\)](#)

Pérez Solís,D., Rodríguez Vargas,M., y Rodríguez Ricardo,A. (2020). Prevalencia de trastorno mental en embarazadas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 24(4), 503-511.[amc204d.pdf \(medigraphic.com\)](#).

Ramírez Matos,E. (2022). *Psicología del Postparto*. Editorial Síntesis S.A.

Real Academia Española. (2023). *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.6 en línea].[diccionario | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE](#)

Roncallo,C., Sanchez de Miguel,M., y Arranz Freijo, E (2015). *Vínculo materno-fetal: Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana*. *Escritos de Psicología* ,8(2),14-23. [revision2.pdf \(isciii.es\)](#)

Sánchez Lueiro,M; Fernández Rodríguez,F., Figueroa Calderón,I. y Porrata Maury,J. (S/F). Hospital Ginecobstétrico Docente Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba. [amc030499.pdf \(sld.cu\)](#)

Sollazzo, A; Berterretche, R. (2011). El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6):2829-2840. <https://www.redalyc.org/pdf/630/63019110021.pdf>

Torres Menargues, A. (2022). "Uno de los pocos hospitales públicos con terapia de grupo para embarazadas: "No podía conectar emocionalmente con mi bebé". *Sociedad. Salud mental*. <https://elpais.com/sociedad/2022-08-09/terapia-grupal-en-un-hospital-publico-para-embarazadas-con-ansiedad-sentia-angustia-por-si-algo-se-torcia-no-podia-mantener-los-pensamientos-a-rama.html>

Universidad de la República, Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay, Facultad de Psicología, Sociedad de Psicología Y Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. (2001). *Código de ética profesional del psicólogo*. [Código de Ética - CPU \(psicologos.org.uy\)](#)

Uruguay, (2007 diciembre, 13). *Ley n° 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud*.
[Parlamento UY](#)

Uruguay, (2008 diciembre, 10) *Ley n° 18.426: Sobre Salud Sexual y Reproductiva*.
[Parlamento UY](#)

Vignolo,J; Vacarezza,M; Álvarez,C; y Sosa,A. (2011). Niveles de Atención, de Prevención y atención primaria de la salud. ArchMed Interna,XXXIII, 11-14.:<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Vigod,S, y Dennis, C. (2020). Avances en la asistencia virtual a los trastornos mentales perinatales. *World Psychiatry*, 19:328–329. [Perinatal mental health: a review of progress and challenges - Howard - 2020 - World Psychiatry - Wiley Online Library](#)

Winnicot,D.; (1956). Preocupación Maternal Primaria. *Escritos de pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona:Laia.

Winnicott, D.W. (1990) Los bebés y sus madres. Editorial Paidós.

World Health Organization. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. (2022). Recuperado en: <https://saludmentalperinatal.es/2022/09/29/guia-oms-para-la-integracion-de-la-salud-mental-perinatal/> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

Anexo

Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo (EPDS) (MPS.2022-2023 Meta asistencial)

Instrucciones de uso de la Escala

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Es necesario que responda las diez preguntas.
3. La madre debe responder la escala ella misma.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3, según la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación total de 12 o más, indica probabilidad de depresión pero no su gravedad. Si la persona puntúa cualquier número diferente a 0 en la pregunta número 10, es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.(MSP, Meta asistencial 2022-2023)

Nombre: _____

Dirección: _____

Su fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento del Bebé: _____ Teléfono: _____

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor, marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se siente hoy. Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la semana pasada. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
 - o Tanto como siempre.
 - 1 No tanto ahora.

- 2** Mucho menos.
3 No, no he podido
2. He mirado el futuro con placer
0 Tanto como siempre.
1 Algo menos de lo que solía hacer.
2 Definitivamente menos.
3 No, nada.
3. Me han culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
3 Sí, la mayoría de las veces.
2 Sí, algunas veces.
1 No muy a menudo.
0 No, nunca.
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
0 No, para nada.
1 Casi nada.
2 Sí, a veces.
3 Sí, a menudo.
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
3 Sí, bastante
2 Sí, a veces.
1 No, no mucho.
0 No, nada.
6. Las cosas me oprimen o agobian
3 Sí, la mayor parte de las veces.
2 Sí, a veces.
1 No, casi nada.
0 No, nada.
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
3 Sí, la mayoría de las veces.
2 Sí, a veces.
1 No muy a menudo.
0 No, nada.
8. Me he sentido triste y desgraciada
3 Sí, casi siempre.
2 Sí, bastante a menudo
1 Solo en ocasiones
0 No, nunca.
9. He sido tan infeliz que he estado llorando
3 Sí, casi siempre.
2 Sí, bastante a menudo.
1 Solo en ocasiones.
0 No, nunca.
10. He pensado en hacerme daño a mí misma
3 Sí bastante a menudo.

- 2 A veces
- 1 Casi nunca
- 0 No, nunca.

Preguntas Whooley. (Guías Nice:National Institute for Health and Care Excellence. Great Britain)

1- *¿En el último mes se ha sentido desanimada, deprimida o sin esperanza?*

2- *¿En el último mes ha sentido que tiene poco interés o que no disfruta?*

En caso de contestar Sí a las dos anteriores:

3- *¿Siente que necesita ayuda?*



