



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Proyecto de Investigación

**Estrategias para Detectar la Depresión Perinatal en
Uruguay**

Alumna : Yanira Montelongo

Docente Tutora: Liliana Suárez

Docente Revisor: Daniel Camparo

Montevideo, Uruguay

Diciembre 2022

Contenido

Resumen	3
Fundamentación y Antecedentes	4
Marco Teórico	9
Salud Mental Perinatal	9
La Salud Mental en el Periodo Perinatal	10
Trastornos Emocionales Durante el Periodo Perinatal	11
Depresión Perinatal	11
Depresión Prenatal	12
Melancolía Posparto o Baby Blues	13
Depresión Posparto	13
Psicosis Posparto o Psicosis Puerperal	14
Medición de la depresión perinatal	15
Problema y Preguntas de Investigación	17
Objetivos específicos	18
Metodología	18
Participantes	19
Criterios de Inclusión	19
Criterios de Exclusión	20
Instrumentos o Técnicas de Recolección de Información	20
Procedimiento	21
Cronograma de ejecución	22
Consideraciones Éticas	22
Resultados Esperados y Plan de Difusión	23
Referencias	24

Resumen

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo general, evaluar las técnicas y estrategias utilizadas en Uruguay para detectar la depresión perinatal en la Red de Atención Primaria de Salud . Para lograr esto se propone llevar a cabo una investigación de carácter cualitativa, donde el estudio será de tipo exploratoria-descriptiva. Se entrevistarán a expertos en el tema e Instituciones que abarcan las Políticas Públicas, del mismo modo a profesionales de la salud de los Centros de Atención seleccionados. Utilizado la entrevista como herramienta.

Se realizará un informe donde se detallan las técnicas y estrategias utilizadas en la Red de Atención Primaria de Salud de Uruguay para detectar la depresión perinatal. Se pretende recabar información que contribuya y reconozca la importancia de la aplicación de las estrategias para detectar la depresión perinatal en las Instituciones de Salud

Palabras Claves : Depresión perinatal, técnicas , estrategias , salud mental.

Fundamentación y Antecedentes

El presente proyecto de investigación se realiza en el marco de la obtención del título de grado de la Licenciatura de la Facultad de Psicología de la Udelar, dentro del Plan 2013. La elección del tema “Estrategias para detectar la depresión perinatal en Uruguay” surge de la necesidad de estudiar la salud mental materna en las etapas del embarazo, el parto y el posparto y su influencia sobre el desarrollo y bienestar en los bebés menores de un año.

En la actualidad, diferentes estudios han identificado que las mujeres embarazadas vivencian una serie de cambios físicos y emocionales que impactan no solo en la salud de ellas sino en la del hijo/a que está por nacer, así como en el bebé recién nacido. Los cambios físicos provocan algunos síntomas específicos durante el embarazo, como lo describen los autores Talbot y Maclellan (2016), donde se hace presente el aumento de peso, el aumento de volumen abdominal, el aumento del tamaño de las mamas, el estreñimiento, la hiperpigmentación de la piel en algunas zonas, etc. Del mismo modo, la psique de la mujer evoluciona a lo largo de todo el embarazo, dado que desde el momento en que la mujer se sabe embarazada comienzan una serie de cambios emocionales y psicológicos.

Concebir un hijo es un proceso secuencial, por etapas, que comienza con el embarazo y se completa tras el nacimiento y los primeros meses de cuidado. A este proceso Bydlowski (2007) lo describe como el nacimiento de una madre, donde se experimentan momentos de transparencia psíquica, es decir que mientras se va desarrollando el embarazo, la mujer experimenta una necesidad de observarse, de comprender sus vínculos primarios para poder vincularse con su propio hijo, donde los recuerdos del pasado resurgen en la conciencia, se revive y se recuerda la infancia experimentando diferentes sentimientos en función de cómo fue esta etapa. Según el mismo autor, en caso de que la historia infantil de la mujer fuera sana y positiva se establecerá un buen vínculo entre ella y su bebé que está por nacer, mientras que si fue traumática, se podrán generar una serie de miedos, estados ansiosos o depresivos que incluso pueden llegar a la interrupción del embarazo.

La evolución de dichos estados emocionales tiene gran importancia y genera variadas emociones como miedo, confusión, alegría, tristeza, entre otras. Estas ideas pueden alterar la

experiencia de la maternidad y generar un estado de ánimo de menor o mayor gravedad, dando lugar a posibles síntomas depresivos durante el embarazo, el parto y el posparto, es decir, durante el periodo perinatal. Este aspecto podría generar complicaciones en el proceso de materner, así como en la salud física y mental de la mujer y el bebé .(Marcus y Heringhausen, 2009).

Dunkel Schetter, y Tanner, (2012) describen que algunos estudios han demostrado que la ansiedad y la depresión en el embarazo aumentan el riesgo de trabajo de parto prematuro, neurodesarrollo fetal alterado y bajo peso al nacer. También “se ha demostrado que los hijos de madres deprimidas presentan déficits en su desarrollo social y cognitivo incluso desde los tres meses de edad, lo que los pone en mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos en una edad temprana” (Krauskopf y Valenzuela., 2020, p. 143)

Según Martínez y Jácome (2017), dos tercios de las embarazadas, en el primer y tercer trimestre del embarazo, manifiestan síntomas psicológicos como ansiedad, irritabilidad y labilidad en el estado de ánimo. Estos mismos autores exponen que estos síntomas se presentan de un 8 al 11% en los países desarrollados; Por otra parte Contreras, Villalobos y Mancilla(2022) detallan una prevalencia de 7 a 15% en países de ingresos altos y de 19 a 25% en países de ingresos medios y bajos; asimismo, plantean que al identificar estas cifras por regiones se puede observar que hay una prevalencia de depresión prenatal de 8,6% en Europa Occidental, de 19,5% en Medio Oriente, y de 17,5% en los países asiáticos.

En Sudamérica ,Solís, Salazar y Reyes (2018) registran una prevalencia del 29% de depresión en el embarazo; sin embargo, al rescatar información reciente sobre los diferentes países, se pueden identificar distintos estudios que muestran en diferentes años y momentos específicos el porcentaje de prevalencia de la depresión durante el embarazo. Por ejemplo, en Chile en el 2015 la incidencia de depresión posparto fue entre el 8,8 y el 9,2% (Mendoza Bermúdez y Saldivia, 2015); por otro lado, en el 2016 Guerra realizó un estudio analítico en Colombia y encontró que el 30% de las mujeres embarazadas presentaron síntomas depresivos y de ellas el 4% refirió haber tenido ideas de autolesión; en el 2012 Silva, a partir de un estudio transversal realizado en Brasil, identificó que la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres embarazadas fue del 21% y en el posparto fue del 17%; además, observó que entre las mujeres que tuvieron síntomas de depresión durante el embarazo, el 47% también tenían síntomas de depresión posparto; y en Perú, Luna en el 2009, identificó que el 40,1% de embarazadas presentaron síntomas depresivos.

Específicamente, en Uruguay no hay estudios recientes sobre la prevalencia de síntomas depresivos durante el periodo perinatal, las cifras encontradas surgen de un estudio realizado

en Montevideo sobre la depresión materna en el año 2011 y de algunas cifras que se relevaron en la última Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS, 2013).

En este sentido Corbo, Defey, D'Oliveira en el 2011 identificaron “una prevalencia general de 16,5% de madres de niños mayores a seis semanas y menores a un año del departamento de Montevideo con síntomas de depresión” (p.53); por otro lado, a partir de la ENDIS realizada durante los años 2012 y 2013 se pudo identificar el porcentaje de depresión diagnosticada en el embarazo y posparto durante la primera ronda. Particularmente, se observó que del total de la muestra (N=2.785) el 3,2% de las madres presentó depresión durante el embarazo y el 3,5% en el posparto. Teniendo en cuenta estas tasas de prevalencia de síntomas psicológicos durante y después del embarazo, y el impacto que esto genera en el bebé que está por nacer o que ya nació, es importante identificar oportunamente “la depresión perinatal y otros trastornos del estado de ánimo no tratados durante el embarazo dado que pueden tener efectos devastadores” (The American College of Obstetricians and Gynecologists , 2021).

Por esta razón, diferentes estudios y organizaciones de salud recomiendan aplicar una serie de técnicas o estrategias para la detección temprana de la depresión perinatal, abarcando diversos sectores de la salud como por ejemplo las consultas de pediatría, las cuales son el lugar donde comienza a tomarse en consideración la protección del estado anímico de la madre y la identificación y seguimiento de la depresión materna. Bauer, Ofner, Pottenger, Carroll y Downs,(2017); Kerker et al.,(2016) destacan que los pediatras son figuras potenciales para la detección, capacitación y orientación de las mujeres con depresión durante la primera infancia de sus hijos, ya que son los referentes del sistema de salud que más ven a la madre en ese periodo.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists) y el Colegio Americano de las Enfermeras-Matronas (American College of Nurse-Midwives) recomiendan que el 100% de las mujeres deben acceder a mecanismos de tamizaje adecuados para la detección de la depresión tanto en el embarazo como en el posparto. Es decir, “promueven la detección universal durante el periparto”. (Kendig et al., 2017).

También el Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y la Atención del Reino Unido (National Institute for Health and Care Excellence) elabora recomendaciones sobre salud mental prenatal y posnatal. En sus guías sobre atención de la salud mental durante el embarazo y posparto (2018) se destaca la importancia de favorecer la detección temprana de la depresión perinatal aprovechando el primer contacto en atención primaria de las gestantes

y las consultas de seguimiento tras el parto, para que los profesionales realicen preguntas y así identificar o descartar los posibles casos de depresión y ansiedad.

En Chile los centros de atención primaria evalúan la situación psicosocial de las embarazadas y las madres de niños pequeños con una escala que abarca nueve factores de riesgo, entre los que se encuentran los síntomas depresivos (Cordero y López, 2010), un manual creado por el Ministerio de Salud de Chile (Ministerio de Salud, 2008) que presenta un diagrama de flujo basado en la Escala de Depresión posparto de Edimburgo para la detección y el tratamiento de la depresión posparto.

Hoy en día en Argentina, el Programa Médico Obligatorio (2003) se centra en el cuidado físico del embarazo y el posparto, exigiendo que se hagan ciertos controles a las mujeres, tanto en el sistema privado como en el sector público, brindando asistencia en el embarazo, el parto y después del parto, del mismo modo, desde hace 10 años pediatras del Hospital Italiano de Buenos Aires aplican la escala de depresión posparto de Edimburgo (Ceriani Cernadas, 2020), sin embargo al buscar información sobre alguna estrategia más amplia a nivel gubernamental no se encontraron datos relevantes dando a entender que son muy pocas las estrategias utilizadas para detectar la depresión perinatal en este país.

En Brasil para estimar la prevalencia de depresión perinatal, fue utilizada una versión en portugués de la Escala de Depresión Post Natal de Edimburgo donde se aplicó tanto a mujeres en periodo prenatal como a las puérperas. (Silva 2012). También en Colombia un estudio de tamizaje para detectar la sintomatología depresiva de las madres y los factores de riesgos psicosociales se realizó a través de la Escala de Edimburgo (Guerra, 2017).

En Uruguay la investigación sobre la evaluación y detección de la depresión perinatal es muy limitada; sin embargo, se pueden identificar algunos estudios que han tenido como objetivo transversal trabajar con la depresión perinatal. Uno de ellos y el más lejano en el tiempo es el realizado por la Facultad de Medicina en el año 1996 por Da Luz *et al.*, que tuvo como propósito “evaluar el estado psicoemocional de la madre, a los 10 días del parto, al mes y luego una vez por mes” (citado en Corbo *et al.*, 2011, p. 39) para el cual se utilizó la escala de Hamilton. Addiego *et al.* en el año 2002, a través de los Centros Materno-Infantiles y la Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social, aplicaron la escala de Edimburgo a madres que habían concurrido a los servicios en el mes de junio de ese año y tenían hijos de 45 a 75 días. En el 2008 González Piriz *et al.*, a través de la Facultad de Medicina, en la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, observaron 39 adolescentes durante el embarazo y, durante el primer año de vida, “utilizaron entrevistas clínicas y aplicaron un cuestionario procurando detectar depresión en las madres”. (citado en Corbo *et al.*, 2011, p.40).

En el 2009 Vanessa Berruti, a través de Escuela de Parteras, pretendió indagar sobre la depresión posparto en sectores poblacionales de pobreza. Para su investigación contó con una muestra de 154 madres en el Centro de Salud del Cerro (Montevideo) y utilizó como metodología la aplicación de la Escala de Edimburgo, obteniendo como resultado una prevalencia del 18,3% de depresión materna en estos sectores durante el primer año (Corbo *et al.*, 2011).

En el año 2012 se realizó un estudio de cohorte prospectivo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell para detectar la prevalencia de depresión posparto en 127 púerperas a través de una entrevista estructurada; posteriormente, estas mujeres fueron seguidas en los primeros seis meses posparto, durante los cuales se les aplicó la prueba de Beck para depresión y ansiedad a las madres (González, G. *et al.*, 2017). Como resultado obtuvieron una prevalencia del 20% de depresión posparto en las participantes. El último estudio realizado en Uruguay fue en el año 2014, en Montevideo, por medio de la Facultad de Enfermería, para detectar la prevalencia de la depresión posparto en 31 púerperas y la “depresión puerperal en mujeres que asistían a una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo” (Aristimuño, N. *et al.*, 2014). En este se observó que, a través de la aplicación de la Escala de Edimburgo, se obtuvo una prevalencia de depresión posparto de 41,94%.

Estos estudios, si bien no son abarcativos, demuestran el aumento de la prevalencia de la depresión perinatal en Uruguay y dejan en evidencia la necesidad e importancia de disponer con instrumentos de detección de rápida aplicación, validados, contrastados y fiables, según Milgrom y Gemmill (2014), y de que los profesionales de la salud tengan acceso a estas técnicas que les permitan identificar y diagnosticar posibles factores de riesgo desde las primeras semanas de gestación, llegando al mayor número posible de mujeres embarazadas propensas a experimentar síntomas de depresión, y de esta forma prevenir.

Según el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos (NIH por sus siglas en inglés, S.F) realizar un adecuado estudio de las situaciones que afrontan las mujeres en el periodo preparto y posparto es relevante debido a que en esa etapa entran en juego factores genéticos, hormonales y ambientales que pueden contribuir a episodios de depresión, concomitantemente con las exigencias físicas y emocionales de tener hijos y del cuidado de un nuevo bebé. El diagnóstico temprano sitúa a los profesionales de la salud en una posición más ventajosa y facilita el diseño de tratamientos específicos para prevenir y tratar los casos de depresión entre las mujeres embarazadas (Le *et al.*, 2015). Además, permite reducir los casos de depresión posparto, favorece la estabilidad emocional de la madre, la experiencia en

el entorno familiar, los efectos positivos en los bebés y un apego más seguro hacia la madre (Dubber, Reck, Müller y Gawlik, 2015).

En Uruguay en enero 2022 se ha establecido como meta asistencial el “acompañamiento y consejería a la mujer durante su primer puerperio”. Se espera que a partir del presente año se brinde durante los 90 días de puerperio consultas de acompañamiento y consejería. Los temas a abordarse serían: autocuidado físico, autocuidado emocional, lactancia, entre otros. A su vez se ha especificado que se deberá realizar una pesquisa de depresión posparto a partir de la aplicación de la Escala de Edimburgo. Instructivo Meta Asistenciales (2022-2023).

Esta noticia es relevante, dado que hasta hace poco no existía en el sistema de salud del país, tanto a nivel público como privado, un protocolo claramente establecido para la detección de la depresión, ya fuera durante el periodo prenatal o posparto.

Esta investigación pretende ser un aporte más en esa dirección al indagar sobre las estrategias y técnicas que hasta la fecha han sido utilizadas en Uruguay para detectar la depresión perinatal.

Marco Teórico

Salud Mental Perinatal

Esta investigación está orientada a conocer cuáles han sido las técnicas o estrategias utilizadas hasta la fecha para detectar la depresión perinatal en pos de la prevención y el cuidado de la salud mental de las madres en una región del Uruguay. Abordar este tema es relevante, dado que desde la psicología de la salud se ha identificado la necesidad de estudiar no sólo cómo las personas enferman, sino también cómo son los procesos de salud/enfermedad de estas, los componentes afectivos y cognitivos que se ponen en juego en dicho proceso y sus determinantes (dentro de los cuales están las acciones que se toman desde las instituciones de salud), a partir de los cuales se puede promover la salud, prevenir enfermedades y favorecer la atención de los pacientes enfermos y personas con secuelas (Giorgi 2017; Morales Calatayud 1999).

Es una necesidad de todo ser humano tener una atención adecuada en la salud. Los Estados tienen la obligación de establecer las condiciones para que toda persona tenga buena calidad de salud, aceptable teniendo el mismo respeto por los valores éticos, perspectiva de género etc, que sea accesible y de calidad satisfactoria, estas condiciones conforman el

Derecho a la Salud que tiene toda persona (Giorgi 2017). Estas características dentro de la salud ayudan a establecer una apropiada salud mental en los individuos

La salud mental es definida según la Organización Mundial de la Salud“...un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (OMS 2022). Del mismo modo establece que todo individuo tiene derecho a una salud mental de calidad y a un tratamiento apropiado; así como también las mujeres deberían ser beneficiarias de una amable atención médica y libre de abusos. La salud mental frecuentemente es entendida como un espectro, que abarca desde una salud mental óptima hasta las luchas habituales diarias, las condiciones psicosociales y de salud mental más graves. (OMS, 2022)

Específicamente, respecto a la salud mental de las mujeres, algunos estudios demuestran que debido a ciertos cambios físicos y hormonales, estas tienden a sufrir algunos trastornos emocionales como ansiedad, depresión, trastornos en la alimentación, psicosis. Según la Oficina para la Salud de la Mujer de Estados Unidos (S.F), algunas cifras muestran que las mujeres presentan mayor prevalencia que los hombres a sufrir estas afecciones de salud mental. La OMS (2020), frente a la prevalencia de depresión y ansiedad, establece un porcentaje en torno al 70% para las mujeres mientras que marca un 30% para los hombres.

Algunos estudios muestran que las mujeres en edad de tener hijos son las que tienen un riesgo más alto de padecer síntomas de ansiedad, depresión, angustia (Gaillard *et al.*, 2014). Estas emociones pueden permanecer en el tiempo o no, por eso es necesario conocer sobre los posibles trastornos emocionales durante el parto y el puerperio.

La Salud Mental en el Periodo Perinatal

Distinguir las inquietudes diarias de las condiciones de salud mental clínicamente relevantes puede ser complejo, sobre todo durante el período perinatal. En este sentido es conveniente indagar en la mujer que consulta qué tan graves son los síntomas, durante qué periodo de tiempo han estado presentes y qué tanto repercuten en su capacidad para funcionar en su vida diaria (OMS perinatal). Frente a esto Defeys(2022) plantea lo complejo que resulta diagnosticar estos síntomas, debido a que muchas madres los ocultan, en ese sentido ella expone que: “Las mujeres necesitan intervenciones que no las culpabilizan” (Montevideo Portal, 2022). Las madres con malestar psíquico y trastornos mentales suelen sentirse culpables y avergonzadas a la hora de pedir la ayuda al profesional, ya que no sienten la suficiente confianza y seguridad.

Trastornos Emocionales Durante el Periodo Perinatal

Como se ha venido desarrollando, la salud mental en el periodo perinatal puede presentar malestar psíquico y trastornos mentales en las mujeres. Algunos trastornos emocionales que puede transitar la madre durante el periodo perinatal son depresión, trastorno bipolar, ansiedad, conducta obsesivo-compulsiva y estrés postraumático. La depresión es el más conocido de estos trastornos. En el embarazo, el parto y la maternidad el cuerpo de la mujer sufre muchos cambios. Cuando una mujer está embarazada, su cuerpo produce ciertas hormonas femeninas, como estrógeno y progesterona, en niveles mucho mayores. Sin embargo, durante las primeras 24 horas después del parto, estos niveles de hormonas disminuyen. Artal-Mittelmark.(2021) Sumado a esto, su salud física, su sentido de identidad, su situación económica pueden dar lugar a situaciones de estrés generando algunos factores que pueden producir depresión perinatal.

Según NIH (2022), las madres con depresión perinatal experimentan sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y fatiga que pueden obstaculizar sus tareas diarias, incluidos el autocuidado y el cuidado de los demás, así mismo Aran, 2021 refiriéndose a que los “trastornos están asociados con interrupciones en una variedad de cogniciones emocionales maternas, en su comportamiento y en el contexto del cuidado que pueden afectar la disponibilidad de los padres y la capacidad general de cuidado”

A continuación se resaltan algunos trastornos que se pueden sufrir en el periodo perinatal

Depresión Perinatal

“Cuando se habla de depresión perinatal es aquella que comienza durante el embarazo llamada depresión prenatal y que continúa después del nacimiento del bebé llamada depresión posparto”(Care.2022 s.p).

Es una depresión moderada a severa, comparable, en lo que a sintomatología refiere, a otros trastornos depresivos. Es la complicación más común entre las gestantes. Considerándose su desarrollo durante el embarazo, es decir entre la concepción y el postarto o sea la cuarta semana después del parto (American Psychiatric Association [APA], 2013), aunque diversos autores consideran que en la práctica clínica, el postarto es lo más habitual que se prolonge hasta un año tras el alumbramiento (Austin, 2003; 2004; Leung y Kaplan, 2009; O’Hara y McCabe, 2013).

Este trastorno está asociado a conductas poco saludables como la falta a la atención prenatal o el aumento del uso de sustancias nocivas como alcohol, tabaco, fármacos y

sustancias ilegales. De la misma manera, el trastorno depresivo en gestantes es un factor de riesgo para intentos de suicidio y suicidios consumados y para el bienestar del hijo/a. (Rodríguez-Baeza et al.,2017), no detectar la depresión perinatal a tiempo podría generar un incremento de la morbilidad y la mortalidad tanto materna como del bebé.

Sin embargo, no siempre se le da la importancia y atención que le corresponde en el sistema de salud. Defey (2009) destaca que la depresión y sus diferentes formas son bien conocidas e identificadas ocupando un lugar de relevancia en los grandes sistemas de clasificación como el DSM V; en cambio, la depresión posparto no constituye una categoría en sí misma, del mismo modo en que la situación del puerperio se queda en el olvido debido a que el foco siempre recae sobre el bebé que acaba de nacer, dejando a un lado a la madre. La autora destaca como ejemplo el hecho de que la guía de Atención a la Mujer y el Recién Nacido de la Organización Panamericana de la Salud le dedica a este tema solo 4 de sus 256 páginas.

“Esta ausencia de lugar en el mundo de las clasificaciones y nosografías acarrea relevantes consecuencias a la hora de la prevención y la asistencia, especialmente si se piensa en abordajes poblacionales. Por un lado, se dificulta la instrumentación de programas asistenciales cubiertos por los sistemas nacionales o seguros de salud, quedando englobada la depresión materna en la categoría de depresión y no imponiéndose una pauta diferencial de tratamiento”. (Defey, 2009, p.5)

Adicionalmente, poco se habla acerca de que en la etapa del embarazo o maternidad aparecen los primeros síntomas depresivos que conllevan a que se pueda desarrollar los distintos tipos de depresión perinatal : depresión prenatal, melancolía posparto, depresión posparto, psicosis posparto, los cuales se describirán a continuación.

Depresión Prenatal

La depresión prenatal hace referencia a los síntomas depresivos que se pueden presentar en el periodo desde la fecundación hasta el nacimiento. Cada vez tiene más relevancia y con mucha frecuencia suele asociarse con la ansiedad, es una depresión clínica y temporal. La depresión prenatal es un trastorno temporal cuyas consecuencias pueden prolongarse en el tiempo (Vigod, Wilson y Howard, 2016) . Actualmente, se estima que a nivel mundial la prevalencia de la depresión prenatal es de entre el 14 y el 23% de las mujeres embarazadas. Un factor importante es la edad de la gestante: los datos se pueden elevar en situaciones en

que las gestantes son adolescentes, del mismo modo en las mujeres de edad más avanzada, siendo más propensas a sufrir esta depresión. (Moreno, N., 2022).

Los síntomas más comunes que genera la depresión prenatal son: desinterés por actividades preferidas, tristeza e irritabilidad. Suelen aparecer alteraciones en el sueño y también en el apetito, ganas de llorar, preocupaciones excesivas, inquietud, aislamiento, sentimientos de desesperanza o culpa, especialmente ligados al nuevo rol de madre o a la llegada del bebé. (Moreno, N., 2022)

Una vez nacido el bebé pueden surgir sentimientos similares, pero estos se manifiestan en un corto periodo de tiempo y se denominan “melancolía posparto”.

Melancolía Posparto o Baby Blues

El *baby blues* habitualmente aparece como una sensación de tristeza cuando han transcurrido 48 o 72 horas del alumbramiento. En ese momento, las madres comienzan a sentirse más alteradas de lo normal y muestran ganas de llorar sin motivo aparente. También pueden experimentar insomnio, sentir momentos de tristeza o desconcentración o tener un estado de ánimo disfórico que las hace vulnerables y fácilmente irritables. Se estima que esta situación la sufren entre el 50% y el 85% de las madres. (Espinoza, Reyes, Villegas y Yumha, 2015)

Se considera normal la melancolía posparto cuando es algo transitorio y que las madres logran superar y mejorar de manera espontánea y sin tratamiento. Así, en la mayoría de los casos, el descenso de los síntomas comienza alrededor del sexto día tras el parto y, habitualmente, la recuperación se consigue en las primeras dos semanas posparto. Sin embargo, en algunas ocasiones estos síntomas persisten y se agravan, desencadenando así una depresión posparto.

Depresión Posparto

Se describe como una depresión clínica que puede iniciarse en cualquier momento entre el parto y el año siguiente al nacimiento del bebé (O'Connor, Rossom, Henninger, Groom y Burda, 2016; Stewart y Vigod, 2016). Hay dos situaciones en las que las mujeres son más vulnerables a la depresión posparto: la cuarta semana después del alumbramiento, antes de que vuelva a iniciarse la menstruación, y el momento del destete o final de la lactancia. Afectadas por sentimientos de tristeza, ansiedad o desesperación, las mujeres con depresión

posparto encuentran dificultades para realizar sus tareas diarias. Esta situación es más grave que la melancolía posparto, ya que, si en este momento las madres no reciben el tratamiento adecuado a sus necesidades, pueden desarrollar una depresión crónica (McKelvey y Espelin, 2018), e incluso caer en una psicosis posparto.

Psicosis Posparto o Psicosis Puerperal

La psicosis posparto suele verse representada luego de dos semanas del nacimiento del bebé, produciendo síntomas como delirios y alucinaciones junto con pensamiento desorganizado como también se pueden presentar otras alteraciones del estado de ánimo entre las que se hallan la ansiedad, irritabilidad, agitación psicomotora y dificultad para dormir no asociado al bebé. “La psicosis posparto puede presentarse como un estado maniaco, depresivo o mixto entre los pacientes con trastorno bipolar. Las mujeres con trastorno bipolar tienen un alto riesgo de recidiva en el embarazo y después del parto, que puede presentarse como psicosis posparto” (Fonseca 2018 p9) El mismo autor destaca que las mujeres que están medicadas con estabilizadores del ánimo y dejan de ingerirlos antes o durante el embarazo pueden tener un mayor riesgo de padecer una psicosis posparto.

Es considerado un trastorno severo que aumentan notablemente el riesgo de suicidio o infanticidio, convirtiendo este trastorno en una urgencia psiquiátrica (Fonseca 2018, Kennedy et al., 2002).

Estos trastornos en la salud evidencian lo imprescindible de una atención temprana en la salud mental de la madre en el periodo perinatal.

Aunque inicialmente la mayor parte de los estudios se enfocaba en el posparto, la comunidad científica es cada vez más consciente de la importancia de atender los trastornos psicológicos que se desarrollan durante la gestación y propiciar una experiencia positiva del embarazo, ya que, además de afectar la propia salud materna, es conocido que el vínculo afectivo madre-hijo se inicia en esta etapa y que estos inicios pueden marcar la relación vital materno-filial.

La Organización Mundial de la Salud crea una Guía para la integración de salud mental perinatal en servicios de salud materno-infantil donde hace referencia que la información brindada sobre la salud mental prenatal dentro de los servicios de salud mental infantil ayudará a los profesionales a detectar mediante un control de calidad continuo que es lo que está bien o no dentro del periodo perinatal, el monitoreo consiste en detectar complicaciones a tiempo y evitar problemas más graves, este monitoreo se enfoca en cómo es brindada la

atención al bienestar mental de las mujeres, la demanda y satisfacción de las mismas durante el periodo perinatal (2022)

Esto refleja la importancia que tiene la salud mental en el periodo perinatal y lo fundamental que es detectar a tiempo posibles síntomas de afecciones mentales que producen depresión perinatal, y una forma de detectarlo sería mediante técnicas y mediciones de la misma (Aran,2021)

Medición de la depresión perinatal

A partir de la revisión bibliográfica, se identificó que a nivel mundial existen diferentes técnicas y estrategias para evaluar o identificar los síntomas depresivos y la depresión perinatal, algunos de estos son: La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo Cuestionario de salud del paciente [PHQ-9], Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS), y Escala corta de detección de depresión postparto (PDSS-SF).

La Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo (Edinburgh Post-Natal Depression Scale (EPDS) Es un instrumento que ha sido construido para la efectiva detección de síntomas depresivos a partir de un cuestionario breve. Dicha escala, “se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de posparto” (Cox, Holden, Sagovsky, 1987, p.1) Es el instrumento más utilizado para la identificación de la depresión posparto, tanto a nivel clínico como en investigaciones. Consiste en diez preguntas, con cuatro posibles respuestas para describir cómo se sintió la madre durante los 7 días anteriores a la entrevista. Se realiza una suma de todos los puntos obtenidos de las respuestas para obtener el resultado total. Si la puntuación es de 10 para arriba, esto indica la probabilidad de una depresión; adicionalmente, si la pregunta número 10, que hace referencia a autolesión, puntúa diferente a 0, es necesario hacer evaluaciones adicionales de inmediato. (Cox, Holden, Sagovsky, 1987).

Otra técnica utilizada a nivel mundial es es el Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire) PHQ 9, propuesto por, Kroenke y Spitzer (2002), quienes lo definen como una herramienta de autoevaluación que proporciona un diagnóstico de depresión de forma sencilla y rápida; puede aplicarse tanto en atención primaria como en “entornos de obstetricia, es de utilidad para seguimiento en todo el periparto” Marcos-Nájera et al. (2018 p.7). Consta de 9 preguntas, las cuales son evaluadas a partir de un puntaje que va desde 0 a 3, siendo 0 nunca y 3 casi todos los días, la puntuación global que se obtiene en el cuestionario puede estar entre un rango de 0 y 27 puntos. Las puntuaciones globales más elevadas corresponden a síntomas mayores; asimismo, la escala cuenta con intervalos para

concretar lo complejo del diagnóstico, y el punto de corte recomendado del trastorno depresivo es de 10 puntos, ya que a partir de ese momento se cumple con los criterios del DSM-V para diagnosticar la depresión (Kroenke y Spitzer, 2002).

Continuando con las técnicas para detectar la depresión perinatal, otra ampliamente utilizada es la escala de Detección Sistemática de Depresión Posparto (PDSS) creada por Cheryl Tatano Beck y Robert K. Gable (2002). El instrumento es un cuestionario autoaplicable que contiene 35 preguntas, con un valor total mínimo de 35 puntos y un máximo de 175 puntos, una puntuación total por encima de 60 indica la presencia de sintomatología depresiva en el posparto, y mayor a 120 puntos, de depresión en el posparto. Dicho instrumento contiene siete subescalas: Trastornos del sueño/alimentación, Ansiedad e inseguridad, Labilidad emocional, Confusión mental, Pérdida de una misma, Culpabilidad y vergüenza, y Pensamientos suicidas.

Existe una versión corta de esta escala, denominada “Escala corta de detección de depresión posparto PDSS-SF (por sus siglas en inglés), la cual consta de 7 ítems que están contruidos sobre los elementos centrales de cada una de las dimensiones de la PDSS. Según Beck y Gable (2002), esta versión corta brinda niveles altos en cuanto a fiabilidad y validez. De igual forma, estos autores marcaron tres ventajas sobre la aplicación de la PDSS-SF: la primera es que se adapta al contexto cultural de las mujeres embarazadas; la segunda es que, al ser un cuestionario rápido y breve, es fácil de aplicar; y, en tercer lugar, que evalúa características importantes de la depresión perinatal, como el deterioro cognitivo o la evaluación de los pensamientos suicidas. Esta escala tiene altas correlaciones con la escala total. La PDSS-SF tiene un alfa de Cronbach de .75. La respuesta a cada ítem varía entre 1 y 5 y el rango de respuesta global de la escala es entre 7 y 35. La interpretación de los resultados en el trabajo original se realiza por rangos: de 7 a 13 puntos señala un ajuste normal y puntuaciones entre 14 y 35 indican síntomas de depresión.

Como se plantea en los antecedentes no había hasta el momento una escala específica en la región que sea utilizada de manera más institucional para detectar la depresión perinatal, se encuentra que diferentes investigadores, e instituciones utilizan en su práctica las escalas de Depresión Postparto de Edimburgo así como también la escala de Detección Sistemática de Depresión Posparto. Sin embargo no es claro que tipo de instrumento se utiliza en la atención primaria y secundaria en salud en la red de atención primaria de Uruguay.

Problema y Preguntas de Investigación

Los riesgos para la salud mental específicos de las mujeres se hacen evidentes durante las fases prenatal y posnatal; el tiempo de cambios físicos y psicosociales de las futuras madres puede superar las barreras de ajuste normales para esta fase y causar trastornos psicológicos. Aunque el embarazo generalmente se considera un periodo mentalmente saludable de disfrute de la madre y su familia, muchas veces los cambios hormonales pueden aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad mental. Como lo describe la autora Vivette Glover (2014) en su artículo “Depresión materna, ansiedad y estrés durante el embarazo y el resultado del niño”, existe evidencia de que si una madre experimenta depresión, ansiedad o estrés durante el embarazo, es más probable que su hijo experimente un neurodesarrollo con resultados adversos en comparación con las madres sin estas afecciones.

A pesar de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2018) y el aumento de las tasas de problemas de salud mental materna y los efectos nocivos de estos problemas en madres y bebés, los programas de salud mental materna no están incluidos en los sistemas de atención primaria de salud de la mayoría de los países.

Por esta razón, el siguiente proyecto pretende indagar sobre las estrategias utilizadas en Uruguay para detectar depresión perinatal y ayudar a las madres que la transitan. Para eso se plantean las siguientes preguntas guía.

¿Qué estrategias y técnicas se están utilizando para detectar la depresión perinatal en la atención primaria de salud pública que forma parte del Sistema Nacional Integral de Salud de una región del Uruguay?

¿De existir estas estrategias, cuál es el protocolo de aplicación y cómo es ejecutado?

¿Qué resultados se obtienen cuando se aplican y cómo es sistematizada esta información?

Objetivos generales

Indagar sobre las estrategias y técnicas utilizadas para detectar la depresión perinatal en aquellas mujeres atendidas en los centros de atención primaria de salud públicos que forman parte del Sistema Nacional Integral de Salud de una región del Uruguay.

Objetivos específicos

Identificar la existencia de protocolos de aplicación de las estrategias y técnicas de detección de depresión perinatal a nivel nacional

Destacar los principales resultados obtenidos de la aplicación de las estrategias y técnicas para la depresión perinatal y detallar de qué forma estos son sistematizados.

Metodología

Con base en los objetivos que se pretende alcanzar, la metodología para el presente trabajo es de corte cualitativo, ya que a partir de esta se puede comprender los fenómenos que ocurren desde el relato de las personas, logrando ingresar a través de su experiencia y percepción desde un punto de vista singular (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Se trata de un estudio exploratorio y de alcance descriptivo, exploratorio, porque debido a la escasez de información y conocimiento que hay a nivel nacional sobre la temática, se pretende, tal como lo describe Hernández Sampieri (2014), “familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, indagar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados” (p.91); y descriptivo, porque se pretende describir los conceptos o variables a los que se refiere este trabajo en los lugares donde se recopilara la información, se pretende especificar, los centros públicos de la Red de Atención Primaria (RAP) donde se va a trabajar, quienes serán los profesionales a entrevistar.

La información se recopilará de forma independiente o conjunta según los conceptos o variables a los que se refieren. Hernandez Sampieri. (2014)

El propósito de esta investigación es conocer sobre las técnicas y estrategias utilizadas en Uruguay para detectar la depresión perinatal en los centros de la RAP, para esto resulta pertinente informarnos en los centros de salud pública, cuáles son los procedimientos a seguir ante una mujer con depresión perinatal. En particular se buscará seguir un diseño donde se vaya ajustando a las condiciones del ambiente, donde se pretende indagar en base a un previa investigación.

Participantes

Los participante y lugares a trabajar se escogerán teniendo en cuenta tres fases específicamente, las cuales se describen a continuación

- A. Se entrevistarán 5 técnicos y expertos que trabajen y aborden la temática de salud mental materna desde las políticas públicas en salud mental dirigiéndonos a el Ministerio de Salud Pública (MSP) Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y Administración de los Servicios de Salud del Estado(ASSE)
- B. Se trabajará en 5 departamentos ubicados en la región sur oeste, donde se concurrirá a un centro referente de la RAP ,se seleccionará este número de centros debido a la ubicación accesible que tienen para la investigadora, teniendo en cuenta que para favorecer la recolección de información es necesario trasladarse hasta dichos lugares, abarcar una muestra más amplia y más lejana implicaría mayor dificultad y costo monetario.
- C. Una vez seleccionados los centros se entrevistarán a profesionales o personal de la salud especializado y/o que trabaje atendiendo el tema como por ejemplo parteras, licenciadas en enfermería , auxiliares de enfermería, psicólogos y pediatras . En total se contactará a 3 profesionales de cada una de las Instituciones. Se entrevistará a estos profesionales porque el Instructivo de Meta Asistencial 2022-2023 ha identificado que las consultas de acompañamiento ,consejería y aplicación de la escala de depresión postparto de Edimburgo a la mujer embarazada y puérpera son realizadas por algunos de estos profesionales

Criterios de Inclusión

Criterios de Inclusión para los centros de atención primaria de salud : que se encuentren ubicados en la región sur y oeste del país , que atienden a mujeres embarazadas y sus hijos de entre 0 y 1 año de vida.

Criterios de inclusión para los profesionales : se entrevistará a parteras, licenciadas en enfermería , enfermeras pediatras y psicólogos que tengan más de 3 años de experiencia en maternidad.

Criterios de Exclusión

Criterios de exclusión de los centros de atención primaria de salud: no se tendrán en cuenta aquellos centros que se encuentren fuera del área determinada, también quedarán excluidos aquellos centros que no atiendan a mujeres embarazadas o puérperas

Criterios de exclusión profesionales: No se realizarán entrevistas a aquellos profesionales que trabajen en los centros de atención primaria de salud que no sean parteras, enfermeras, licenciadas en enfermería, pediatras ni psicólogos, tampoco a los profesionales anteriormente nombrados que estén recientemente en ese cargo, así como tampoco a quienes estén realizando suplencias por licencias en ese sector.

Se realizará un muestreo intencional no probabilístico, con una muestra por conveniencia y voluntad. Con criterios específicos para los objetivos de la investigación.

En primer lugar, se harán los contactos necesarios con profesionales referidos al tema del Mides Asse y MSP, seleccionando a 3 expertos solicitando una cita para poder realizar la entrevista

En segundo lugar: contactar en forma telefónica para agendar una cita a los 5 centros de atención primaria de salud de los distintos departamentos seleccionados

En tercer punto: Una vez en los centros se propondrá a los profesionales de la salud que quieran trabajar voluntariamente que participen del estudio

Instrumentos o Técnicas de Recolección de Información

La técnica utilizada es la entrevista. Como plantean Taylor y Bodgan (1987), este acercamiento genera un diálogo que facilita la relajación del sujeto, orientándose hacia el entendimiento de las perspectivas, conceptos y significado de la temática a estudiar. Esto permite que los especialistas de la salud en depresión perinatal nos brinden sus experiencias y opiniones sobre la utilización de las técnicas y estrategias empleadas. También se llevará a cabo un análisis bibliográfico y un análisis de documentos institucionales para poder realizar un acercamiento y conocer la implementación de estas técnicas.

Para el encuentro con técnicos y expertos que trabajan en el Mides ASSE y MSP se utilizará una entrevista semiestructurada mientras que para el personal que trabaja en los centros de salud que se ve en contacto directo con las mujeres, se realizará una entrevista en profundidad, todas las entrevistas serán registradas por medio de grabaciones con el fin de ser analizadas posteriormente.

Procedimiento

La investigación se realizará en tres etapas consecutivas

La primera etapa será entrevistar a los expertos en el tema, se establecerá una primer comunicación con Mides, ASSE y el MSP en las oficinas centrales del país ubicadas en el departamento de Montevideo mediante un correo electrónico, el cual se solicitará coordinar una entrevista personal, la misma se realizará de forma individual con cada experto vinculado en la temática el cual se escogerá de forma voluntaria, para que interioricen de los programas aplicados o por aplicarse en salud mental materna y los elementos que son implementados para lograr prevenir o detectar una depresión perinatal

La segunda etapa consistirá en escoger los Centros de la RAP , de la zona del país donde será realizado el estudio que serán los departamentos ubicados en el Sur y Oeste del Uruguay, Se realizará una llamada telefónica para informar de la investigación a realizar , pedir información de los mismos, quien es el personal referente de cada centro .

Una vez obtenida esta información se procederá a coordinar día y hora donde se realizará la entrevista con el personal capacitado que cumpla su función en la RAP y quieran trabajar de forma voluntaria . Las entrevistas serán grabadas y realizadas de forma presencial.

La Tercera y última etapa será identificar los datos que han arrojado estas entrevistas donde una vez culminada la misma a estos 5 centros de la RAP y recabada la información necesaria de la documentación proporcionada , se continuará con la desgravación de las entrevistas para luego darle paso a el análisis de datos , para lo cual será utilizada la estrategia de análisis de contenido que consiste en "la interpretación de textos , ya sean escritos, grabados , pintados , filmados u otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos, videos,".Abela(2002 p.2).

Para ser procesadas a través de un software especializado el cual ofrece una alternativa dinámica y tecnológica con el fin de facilitar la tarea del investigador ,dentro de la extensa lista de programas que existen se concluye utilizar el programa MAXQDA que habilitara y facilitara el proceso de organización, estructura y material de análisis de datos ayudando a identificar hallazgos para el análisis cualitativo de datos sin generar interpretaciones. Donde el investigador, basado en el análisis de contenido, puede esquematizar conclusiones acerca de las técnicas utilizadas para detectar la depresión perinatal.

A partir de toda la información obtenida se proseguirá a realizar un informe final, en donde se construye una narrativa que muestra todas las técnicas y mecanismos utilizados o no

utilizados en los centros de atención primaria del país para detectar la depresión perinatal, dando cuenta de este resultado que brinde una comprensión e interpretación de la depresión perinatal

Cronograma de ejecución

Se prevé que esta investigación tenga una duración de 18 meses.

Actividades	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 13	Mes 14	Mes 15	Mes 16	Mes 17	Mes18	
Revisión Bibliografica																			
Entrevista previo de investigación en entidades públicas ASSE MIDES MSP																			
Selección de centros de la RAP públicos en la zona sur Oeste																			
Contacto con los centro a Trabajar																			
Realización de las entrevistas																			
Transcripción de las entrevistas																			
Elaboración de informe																			
Presentación y difusión de los datos obtenidos																			

Consideraciones Éticas

El presente proyecto de investigación será presentado ante el Comité de Ética de la Facultad de Psicología con el fin de ser evaluado para su realización. Teniendo en cuenta la población con la que se va a trabajar y siendo la información recabada mediante entrevistas

la investigación será regida por el Decreto 158/019 del Poder Ejecutivo y por la Ley 18331 de Protección de datos Personales, Habeas Data y los Decretos Vinculados, donde determina que cada persona que participa de un proyecto de investigación, tiene el derecho a la preservación de sus datos personales, por lo tanto, la información obtenida tanto de los documentos o de las entrevistas estará bajo la responsabilidad de los investigadores que lleven a cabo el proyecto. Previo a las entrevistas se leerá y entregará a quienes participen una hoja con la información detallada de los objetivos y finalidades de este proyecto donde se explicara en qué consiste su participación. Además se solicitará en forma escrita un consentimiento libre e informado donde se detalla el carácter autónomo de su participación, la libertad de abstenerse de participar en cualquier momento del proceso. En esta misma hoja se solicitará también autorización para grabar las entrevistas y se asegurará la confidencialidad de los datos aportados

A su vez, se ofrecerá información sobre los objetivos y el alcance de la investigación tanto a las autoridades de las Instituciones de salud en los que se desarrollará la investigación, como de solicitarlo las o los participantes del mismo

Resultados Esperados y Plan de Difusión

A partir de este proyecto de investigación se pretende dar a conocer sobre las técnicas y estrategias aplicadas para detectar la depresión perinatal en la Red de Atención Primaria de Salud en Uruguay, se espera que a través de las entrevistas con expertos se pueda conocer en profundidad los protocolos que deben de seguirse ante esta situación. A través de las entrevistas con los profesionales que trabajan en los centros de atención primaria se pueda llegar a identificar cuáles son estas técnicas y mecanismos para detectar una depresión perinatal y de qué forma son aplicadas.

Finalmente lograr obtener un cúmulo de esa información que permita conocer cuales son los resultados de esas entrevistas donde quedará expuesto las técnicas y estrategias utilizadas o si no son aplicadas.

En cuanto al plan de difusión, se plantea llevar a cabo charlas informativas, en los centros de atención primaria de Salud sobre los resultados obtenidos en este estudio. Por otra parte, se realizará una presentación académica en Facultad de Psicología de la Udelar, del mismo modo en aquellas instituciones académicas donde se aborde el tema como por ejemplo

Facultad de enfermería , medicina etc. dando a conocer el proyecto, Y de esta forma visibilizar la importancia de la aplicación de estas técnicas para detectar la depresión perinatal

Referencias

- Abela, J. A. (2002). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2021). Postpartum depression. *Patient Education Pamphlet AP091*. Washington, DC.
[http://www.acog.org/Womens- Health/Depression-and-Postpartum-Depression](http://www.acog.org/Womens-Health/Depression-and-Postpartum-Depression)
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Bs.As Editorial Médica Panamericana
- Aran P. (2021). College of Science, Health, Engineering & Education. *Effects of Maternal Mental Disorders on Mother-Infant Emotional Availability in the Perinatal Period*
- Artal-Mittelmark ,R.(2021) MD, Saint Louis University School of Medicine
Cambios físicos durante el embarazo
- Aristimuño N., Gularte. G., Milán. M., Olivera L. y Santana, S. (2014) Depresión puerperal en mujeres que asisten a una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo. *Facultad de Enfermería Montevideo, Uruguay*.
- Austin, M. P., & Lumley, J. (2003). Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(1), 10-17.
- Bauer, N. S., Ofner, S., Pottenger, A., Carroll, A. E. y Downs, S. M. (2017). Follow-up of Mothers with Suspected Postpartum Depression from Pediatrics Clinics. *Frontiers in pediatrics*, 5, 212.

- Beck, C. T. y Gable, R. K. (2002). *Postpartum Depression Screening Scale*. Manual. Los Angeles, CA: Western Psychological Service.
- Bydlowski, M. (2007). *La deuda de vida: itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Biblioteca Nueva, 104.
- Care C. (2022) Trastornos perinatales de ansiedad y del estado de ánimo. <https://christianacare.org/es/servicios/women/trastornos-perinatales-de-ansiedad-y-del-estado-de-animo/>
- Ceriani Cernadas, J.M. (2020). Depresión posparto, los riesgos y su temprana detección. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 118(3), 154-55.
- Contreras-Carreto, N. A., Villalobos-Gallegos, L., & Mancilla-Ramírez, J. (2022). Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. *Cirugía y cirujanos*, 90(1), 128-132.
- Cordero, M. y López, C. (eds). (2010). *Pauta de riesgo psicosocial. Evaluación psicosocial abreviada*. Chile Crece Contigo.
- Cox, J., Holden, J. Sagovsky, R. (1987). *Escala de depresión de post-parto de Edinburgo*. *Revista Británica de psiquiatría* (150)
- Corbo, G. Defey, D. y D'Oliveira, N. (2011). *De-presiones maternas: depresión materna en el primer año posparto; un tema oculto. Estudios de prevalencia, Montevideo Uruguay :PNUD y MSP*
- Decreto 158/019 *Aprobación del proyecto elaborado por la comisión nacional de ética en investigación vinculada a la Dirección General de la Salud, referida a la investigación en seres humanos*
- Dubber, S., Reck C., Müller, M. y Gawlik, S. (2015). *Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy*

- Dunkel Schetter C., Tanner L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 141-48.
- Espinoza, M., Reyes, O-V., Villegas L. D. y Yumha E. D. (2015). Tristeza en el puerperio. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 10(2), 65-72.
- Fonseca, C. (2018). Psicosis posparto. *Revista Médica Sinergia*, 3(8), 7-12.
- Gaillard A., Strat Y., Mandelbrot L., Keita H. y Dubertret C. (2014). *Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum*. *Psychiatry Research* 215, (2), 341-346
- Giorgi. V., (2017). Del derecho a la Salud a la Salud del “Sujeto de Derechos”. *Psicología de la Salud Avances y Desafíos*. Facultad de Psicología Universidad de la Republica
- Glover V, (2014) Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 28,(1) 25-35
- González, G., Moraes, M., Sosa, C., Umpiérrez, E., Duarte, M., Cal, J., y Ghione, A. (2017). Maternal postnatal depression and its impact on child neurodevelopment: a cohort study. *Revista Chilena de Pediatría*, 88 (3), 360-366.
- Grupo de Estudios de la Familia (2022). *Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay: primeros resultados de la ENDIS Montevideo*.
- Guerra, A. M., Pérez, D. M. D., & Martínez, A. C. (2017). Depressive symptoms and psychosocial risk factors in high complexity obstetric patients admitted to a critical care obstetric unit in Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, 46(4), 215-221.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2016). Metodología de la investigación. 6ta Edición Sampieri. Soriano, RR (1991). *Guía para realizar investigaciones sociales*. Plaza y Valdés.

- Kendig, S., Keats, J.P., Hoffman, M.C., Kay, L.B., Miller, E.S., Moore Simas, T.A., et al. (2017). Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *JOGNN. Journal of Obstetric and Gynecologic and Neonatal Nursing*, 46, 272-281
- Kennedy, H. P., Beck, C. T. y Driscoll, J. W. (2002). A light in the fog: caring for women with postpartum depression. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 47(5), 318-30.
- Kerker, B., Storfer-Isser, A., Stein, R., Garner, A., Szilagyi, M., O'Connor, K., Horwitz, S. (2016). Identifying Maternal Depression in Pediatric Primary Care: Changes Over a Decade. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 37(2), 113-20.
- Krauskopf, V., Valenzuela, P. (2020) Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31 (2), 139-149.
- Kroenke, K., y Spitzer, R. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32, 1-7.
- Le, H., Rodríguez-Muñoz, M. F., Lara, M. A., Marcos-Nájera, R., Genovez, M. y Navarrete, L. (2015). An international study examining risk factors for prenatal depression.
- Leung, B. M., & Kaplan, B. J. (2009). Perinatal depression: prevalence, risks, and the nutrition link—a review of the literature. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(9), 1566-1575.
- Luna, M., et al. (2009). Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 310-4.

- Marcos-Nájera, R., Le, H-N., Rodríguez-Muñoz, M., Olivares Crespo, M.E., Izquierdo Méndez, N. (2018). The Structure Of The Patient Health Questionnaire-9 In Pregnant Women In Spain. *Midwifery* 62, 36-41.
- Marcus, S. M. y Heringhausen, J. E. (2009). Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. *Primary Care*, 36(1), 151-165
- Martínez, J. y Jácome, N. (2017). Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 59.
- McKelvey, M. M., & Espelin, J. (2018). Postpartum depression: Beyond the “baby blues”. *Nursing Made Incredibly Easy*, 16(3), 28-35.
- Mendoza Bermúdez, C. y Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista Médica de Chile* 143(7): 887-94.
- Milgrom, J. y Gemmill, A. W. (2014). Screening for perinatal depression. *Best Practice y Research Clinical Obstetrics y Gynaecology*, 28, 13-23
- Ministerio De Salud Pública de Uruguay. (2022) Meta Asistencial 2022-2023 Instructivo.
- Moreno, N. (2022) ¿Qué es la depresión prenatal? *HM Hospitales Unidad Atención Psicológica*
- Ministerio de Salud de Chile. (2008). Manual of Personalised Reproductive Process Care. MINSAL.
- Montevideo Portal (2022). El tabú de la depresión posparto: afecta a una de cada seis madres, pero no se habla.
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud: aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Pirámide.

- National Institute of Mental Health (NIH). Depresión perinatal.
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2018). *Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance*
- Oficina para la Salud de la Mujer (OASH) (S.F) *Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.*
- O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C. y Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *The Journal of American Medical Association (JAMA)*, 315(4), 388-403.
- O'Hara, M.W. y McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*. 9 379-407
- Organización Mundial de la Salud. (2022) *Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud maternoinfantil*
- Rädiker, S., & Kuckartz, U. (2021). *Análisis de Datos Cualitativos con MAXQDA: Texto, Audio, Video. BoD—Books on Demand.*
- Registro/Autorización de Proyectos de Investigación en Seres Humanos Versión 2.1.
- Silva R, *et al.* (2012). Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 34 (2), 143-8.
- Rodríguez-Baeza A., May-Novelo L., Carrillo-Basulto M. y Rosado-Alcocer L. (2017) *Rev Enferm Inst Mex Seguro Social; 25(3): 181-188 Prevalencia y factores asociados a depresión prenatal en una institución de salud*

- Solís R., Salazar S. y Reyes G. (2018). Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal .*Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja*
- Stewart, D. y Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *The New England Journal of Medicine*, 375, 2177.
- Talbot L., MacLennan K. (2016). Physiology of Pregnancy. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 17, 41-45.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (Vol. 1). Barcelona: Paidós.
- Vigod, S. N., Wilson, C. A. y Howard, L. M. (2016). Depression in pregnancy. *BMJ*, 352
- World Health Organization (WHO) (2022). Mental health: strengthening our response [who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/](https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/)