



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

**Factores de riesgo durante el embarazo en Mujeres
diagnosticadas con Depresión Posparto en Neuquén 2024**

Estudiante: Ardolino Ailin.

Legajo: 28.047.

Directora: Esp. Lic. Prof. Marianela Fernández.

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciado en Psicología.

2025

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL
INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del RIUFLO. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

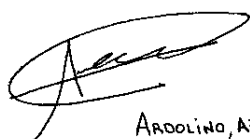
Autorizo la publicación de la obra:

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [X]

A partir de otra fecha, especificar: .../.../...

Lugar y fecha: Neuquén, 28 de Febrero de 2025.

Firma y aclaración del autor:


AROLINO, AILÍN

Índice

Resumen	5
1. Delimitación del objeto de estudio.....	6
1.1. Definición del problema	6
1.2. Objetivo general.....	7
1.3. Objetivos específicos	7
1.4. Preguntas de investigación	8
1.5. Supuestos básicos de la investigación.....	8
1.6. Justificación	9
2. Estado del arte.....	12
3. Marco Teórico.....	22
3.1. Embarazo	22
3.1.1. Detección del embarazo	23
3.1.2. Embarazo mes a mes: desarrollo del feto y cambios en la madre.....	24
3.1.3. Primer mes de embarazo.....	25
3.1.4. Segundo mes de embarazo	25
3.1.5. Tercer mes de embarazo	26
3.1.6. Cuarto mes de embarazo.....	26
3.1.7. Quinto mes de embarazo.....	27
3.1.8. Sexto mes de embarazo	28
3.1.9. Séptimo mes de embarazo	28
3.1.10. Octavo mes de embarazo	29
3.1.11. Noveno mes de embarazo	29
3.1.12. El final del embarazo.....	30
3.2. Maternidad desde una perspectiva psicológica.....	31
3.3. Cambios que atraviesa la mujer en el embarazo	32
3.3.1. Cambios en la Dinámica Familiar.....	33
3.3.2. Ambivalencia	33
3.3.3. Fantasía vs. Realidad	34
3.3.4. Culpa, Vergüenza y la "Madre Suficientemente Buena".....	34
3.4. Depresión Posparto	35
3.5. Factores de riesgo en la Depresión Posparto	37
3.5.1. Factores Biológicos.....	38
3.5.2. Factores Psicológicos	39
3.5.3. Factores Socioculturales.....	40
3.5.4. Factores de Atención Sanitaria	41

3.6. Tratamiento de la Depresión Posparto.....	42
4. Metodología.....	44
4.1. Participantes.....	44
4.2. Instrumentos.....	45
4.3. Procedimiento.....	45
4.4. Consideraciones éticas.....	46
5. Resultados.....	47
6. Discusión.....	51
7. Conclusión.....	55
8. Aportes y contribuciones de la investigación.....	56
9. Limitaciones de la investigación.....	58
10. Líneas de investigación futuras.....	59
11. Propuesta de intervención.....	60
12. Referencias.....	63
13. Anexos.....	71
13.1. Anexo I.....	71
13.2. Anexo II.....	72

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por apoyarme.

Especialmente a mis padres que me dieron la posibilidad de estudiar.

Y a las mujeres que hicieron posible este trabajo de investigación, gracias por confiarme sus experiencias.

Que la maternidad sea un proyecto deseado, consciente y respaldado por un entorno de apoyo y amor.

Resumen

El presente Trabajo Final Integrador tuvo como objetivo evaluar los factores de riesgo durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto con edades comprendidas entre los 27 y 40 años de la Ciudad de Neuquén. Se realizó un estudio de tipo cualitativo con una muestra conformada por 12 mujeres diagnosticadas con depresión posparto residentes en Neuquén Capital, Argentina. La recolección de los datos se realizó a partir de entrevistas semiestructuradas. Los resultados fueron analizados considerando las categorías emergentes propias del método cualitativo. Las participantes relataron en sus vivencias la presencia de diversos factores socioculturales, psicológicos, biológicos y de atención sanitaria durante el período de gestación y posterior al parto que podrían haber influido en el desarrollo de la depresión posparto. A nivel sociocultural, las participantes destacaron la ambivalencia del apoyo recibido, experimentando sentimientos de soledad, presión social y desilusión respecto de las expectativas sociales sobre la maternidad. En el plano psicológico, se evidenciaron síntomas como ansiedad, ataques de pánico, pensamientos catastróficos y antecedentes de trastornos mentales, los cuales influyeron significativamente en su bienestar emocional. En relación con los factores biológicos, los cambios físicos generaron malestar corporal, afectaron la autoestima y tuvieron impacto en la vida de pareja y social. Finalmente, en cuanto a la atención sanitaria, se observó una escasa contención emocional por parte de los profesionales de salud, una visión centrada exclusivamente en el bebé y la ausencia de derivaciones oportunas a salud mental, lo que llevó a las mujeres a buscar ayuda por iniciativa propia. Estos hallazgos permiten reflexionar sobre la necesidad de un abordaje integral, sensible y humanizado durante el embarazo y el posparto.

Palabras clave: *Embarazo, Depresión- Depresión Posparto, Psicología Perinatal, Variables físicas, emocionales y psicológicos, Periodo Perinatal.*

1. Delimitación del objeto de estudio

1.1. Definición del problema

El presente TFI tuvo como objetivo analizar la depresión posparto en mujeres, luego de su embarazo. Para ello se realizará un estudio empírico-cualitativo, enmarcado en el área de la Psicología Perinatal.

El embarazo es el estado fisiológico de una mujer que comienza con la concepción y continúa con el desarrollo fetal hasta el momento del parto. Este período se divide en 40 semanas y dura 280 días aproximadamente. Aun así, en condiciones especiales, el parto puede tener lugar antes del término previsto (es decir, parto prematuro) o después de dicho término (Fiallos Mayorga et al., 2024).

La depresión posparto o posnatal es diferente de la nosografía psiquiátrica perinatal – baby blues– que se siente después del parto. La depresión posparto (DPP) suele aparecer entre dos y ocho semanas después de dar a luz (Stuebe, 2010). Esta patología es una afección de salud mental grave que afecta al cerebro y que influye en la vida cotidiana de quien lo padece. Las personas embarazadas o en el periodo de posparto con depresión perinatal sienten tristeza, ansiedad y fatiga extremas que pueden dificultar que realicen sus tareas diarias, incluido el cuidado de sí mismas o de los demás. Dicha afección de salud mental puede afectar a cualquier mujer embarazada o en el período posparto, independientemente de su edad, raza, origen étnico, ingresos, cultura o educación. La depresión perinatal no tiene una sola causa; existen factores genéticos y ambientales que contribuyen al trastorno. Los factores específicos que tributan a la depresión perinatal pueden incluir: situaciones estresantes de la vida (por ejemplo, exigencias laborales o experiencias traumáticas anteriores); exigencias físicas y emocionales del parto y de cuidar a un nuevo bebé; cambios hormonales que ocurren durante el embarazo y después de éste. Además, una mujer tiene un

mayor riesgo de sufrir depresión perinatal si tiene antecedentes personales o familiares de depresión- trastorno bipolar o si tuvo depresión en un embarazo anterior. (Instituto Nacional de la Salud, 2024).

En este contexto, el presente estudio se propone dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores de riesgo durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto con edades comprendidas entre los 27 y 40 años de la Ciudad de Neuquén?

1.2. Objetivo general

Evaluar los factores de riesgo durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto con edades comprendidas entre los 27 y 40 años de la Ciudad de Neuquén.

1.3. Objetivos específicos

- Analizar los factores de riesgo socioculturales durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto
- Describir los factores de riesgo psicológicos durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto
- Evaluar los factores de riesgo biológicos durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto
- Identificar los factores de riesgo de asistencia sanitaria durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto

1.4. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los factores de riesgo socioculturales durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo psicológicos durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo biológicos durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo de asistencia sanitaria durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto?

1.5. Supuestos básicos de la investigación

Ante la pregunta ¿Cuáles son los factores de riesgo durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto con edades comprendidas entre los 27 y 40 años de la Ciudad de Neuquén? se desprenden los siguientes supuestos:

- El contexto social, familiar y de pareja influyen en el desarrollo de la depresión posparto, dado que la calidad de las relaciones interpersonales y el apoyo social es un factor clave en el periodo del embarazo y el puerperio.
- Los factores biológicos durante el embarazo afectan la salud mental, los cambios hormonales y físicos durante el embarazo influyen negativamente en la autoestima de las mujeres y pueden contribuir al desarrollo de la depresión posparto.
- Los antecedentes de salud mental aumentan la vulnerabilidad a la depresión posparto, las mujeres que han tenido antecedentes de trastornos depresivos, bipolares o de ansiedad tienen más probabilidades de experimentar depresión posparto.

- Las expectativas sociales y culturales de las mujeres sobre la maternidad idealizada pueden generar sentimientos de insuficiencia y presión, lo cual puede contribuir a un estado de ansiedad y estrés.

1.6. Justificación

La elaboración del presente estudio es de gran relevancia para la comunidad científica, en especial en el ámbito de la salud mental perinatal, porque aborda una problemática que, aunque afecta a un alto porcentaje de mujeres, sigue siendo insuficientemente diagnosticada y tratada. La depresión posparto (DPP) se encuentra entre los trastornos de salud mental más prevalentes durante el periodo postnatal, afectando aproximadamente al 12% de las mujeres en todo el mundo. Sin embargo, a pesar de su alta incidencia, el infra diagnóstico de la DPP es alarmante, con un rango de entre el 50% y el 75%, lo que indica que muchas madres no reciben la ayuda necesaria debido a factores como el miedo, el estigma y la falta de conciencia sobre los síntomas. Este panorama resalta la importancia de sensibilizar a la comunidad médica y a la sociedad en general sobre la existencia y los efectos de la DPP (González et al., 2019).

Una de las principales razones de la falta de diagnóstico y tratamiento adecuado de la DPP es la idealización social del embarazo y la maternidad. Culturalmente, se espera que el embarazo sea una etapa de plenitud y felicidad, lo que deja poco espacio para reconocer las dificultades emocionales y psicológicas que muchas mujeres experimentan. En muchos casos, el nacimiento de un hijo, en lugar de ser un evento exclusivamente positivo, desencadena un proceso de angustia y ansiedad. Las expectativas de la madre sobre la maternidad, que muchas veces están influenciadas por idealizaciones culturales, no siempre se corresponden con la realidad, lo que puede generar un profundo sentimiento de frustración y aislamiento.

El diagnóstico temprano de la depresión posparto es fundamental, no solo para el bienestar de la madre, sino también para el desarrollo emocional y psicológico del bebé y la relación entre los padres. La investigación de esta patología no solo aborda los aspectos clínicos, sino también los factores psicosociales y familiares que influyen en su aparición y en su tratamiento. A medida que los estudios demuestran que la DPP puede tener efectos negativos tanto en la madre como en el niño, afectando el desarrollo emocional, cognitivo y físico del bebé, se hace aún más urgente la necesidad de generar conciencia sobre este trastorno. De hecho, la DPP puede tener repercusiones a largo plazo en la crianza, afectando la capacidad de la madre para establecer un vínculo adecuado con su hijo, lo que puede dar lugar a problemas en la relación madre-hijo y en el desarrollo emocional del niño a medida que crece.

Este estudio tiene el potencial de convertirse en un importante antecedente que permita a otros investigadores profundizar en las causas y los factores de riesgo de la depresión posparto. Existen numerosos elementos biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en el desarrollo de este trastorno, y la investigación científica es fundamental para desentrañar cómo se interactúan entre sí. Al comprender mejor estas variables, se podrá ofrecer un enfoque más holístico y eficaz en el tratamiento y la prevención de la DPP.

Desde una perspectiva más amplia, la depresión posparto debe ser entendida no solo como un problema individual, sino también como un problema de salud pública. Esta enfermedad afecta no solo a la madre, sino también al bienestar de la unidad familiar, y sus efectos pueden extenderse a lo largo de la vida del niño, afectando su salud mental y su desarrollo emocional. En este sentido, es fundamental que las políticas de salud pública aborden la DPP como una prioridad, garantizando que las mujeres tengan acceso a servicios de salud mental adecuados antes, durante y después del embarazo. El diagnóstico y tratamiento temprano de la DPP no solo puede mejorar la calidad de vida de la madre, sino

también prevenir efectos adversos a largo plazo en el desarrollo de los niños, contribuyendo a la salud pública en general.

La relevancia de este estudio también radica en su capacidad para ampliar la mirada sobre las interacciones sociales y culturales que influyen la experiencia de la maternidad y la percepción de la salud mental en el embarazo y el postparto. Las creencias sociales y culturales juegan un papel fundamental en la forma en que se perciben y abordan los trastornos mentales durante esta etapa. En muchas sociedades, el sufrimiento emocional de las madres es minimizado o invisibilizado, lo que les impide buscar ayuda por temor al juicio social. Al visibilizar y estudiar la depresión posparto, se abren nuevas vías para cuestionar estas normas sociales y promover un cambio cultural que permita a las mujeres expresar libremente sus emociones y recibir el apoyo necesario sin ser estigmatizadas.

La importancia de investigar las variables relacionadas con la depresión posparto es indiscutible, tanto en términos de salud mental como de impacto social y familiar. Este estudio no solo contribuirá al conocimiento científico sobre el trastorno, sino que también será un paso crucial hacia la creación de políticas de salud pública más inclusivas y eficaces que promuevan el bienestar emocional y psicológico de las madres, los padres y sus hijos. Al abordar estas cuestiones de manera integral, se puede lograr una mejora sustancial en la calidad de vida de las familias, reduciendo los riesgos asociados con la DPP y promoviendo una maternidad más saludable y empática.

2. Estado del arte

En el presente apartado se exponen diez antecedentes empíricos que abordan el problema de investigación planteado. La selección de los estudios se llevó a cabo mediante una búsqueda selectiva, basada en criterios de inclusión específicos: por un lado, la fecha de publicación, considerando únicamente trabajos publicados en revistas científicas en los últimos diez años; y por otro, la población estudiada, focalizándose en mujeres puérperas residentes en América del Sur. Para su organización, los antecedentes se presentan en orden cronológico, desde el estudio más antiguo hasta el más reciente.

En Chile, los Rojas et al. (2015) realizaron una investigación de tipo cualitativo, poniéndose como objetivo describir y discutir las barreras de acceso al tratamiento de la depresión posparto en atención primaria desde la perspectiva de las mujeres afectadas y los profesionales de la salud que las atienden. Para la selección de las participantes, los autores recurrieron a un muestreo no probabilístico intencional. La muestra final quedó conformada por 20 madres con depresión posparto y 18 profesionales de la salud. Para la recolección de los datos recurrieron a guiones de entrevistas semi-estructuradas, que abordaron las experiencias de las madres con la DPP, el proceso diagnóstico, creencias sobre la enfermedad, y la relación con el servicio de salud, entre otros temas.

Como resultado Rojas et al. (2015) hallaron que las madres presentaban temor a expresar emociones negativas y a perder la custodia de su bebé como barreras para buscar ayuda. Además, encontraron que los profesionales destacaron el subdiagnóstico de la DPP en el consultorio como un impedimento. Por último, identificaron facilitadores para la búsqueda de ayuda, como la confianza en el personal y la motivación por el bienestar del hijo. Como conclusión los autores sostienen que la comunicación clara del diagnóstico es crucial para la adherencia al tratamiento. Además, sugieren la necesidad de establecer vínculos de confianza entre las madres y los profesionales de la salud. Por último, recomiendan mejorar la

formación del personal y el sistema de salud para facilitar el acceso al tratamiento y la detección de la DPP desde etapas más tempranas, incluyendo durante el embarazo.

En el mismo año, en una investigación realizada en Brasil por Correa y Serralha (2015) de tipo cualitativo de carácter exploratorio-descriptivo se propusieron como fin investigar en el discurso de mujeres que sufrieron depresión posparto, las experiencias que tuvieron con sus propias madres en relación a la maternidad, y verificar si dichas vivencias influyeron en el desarrollo de la depresión. Para la selección de las participantes, las autoras recurrieron a un muestreo no probabilístico por accesibilidad. La muestra final quedó conformada por 5 mujeres que vivieron un episodio de depresión posparto. Para la recolección de los datos recurrieron a entrevistas semiestructuradas, guiadas por un guión elaborado por las investigadoras, con preguntas abiertas orientadas a explorar las experiencias subjetivas y la construcción de sentido de las participantes.

Como resultado Correa y Serralha (2015) identificaron tres categorías principales: La relación con la madre, los modelos de mujer y los modelos de maternidad. Las autoras hallaron que estos modelos influenciaron significativamente el desarrollo de la DPP en las entrevistadas, sobre todo cuando la maternidad real confrontó las representaciones y experiencias internas heredadas. Como conclusión, las autoras sostienen que las experiencias vividas con sus madres y los modelos de mujer/madre internalizados desde la infancia jugaron un papel relevante en el desencadenamiento de la depresión posparto, como así también, que la maternidad se construye desde etapas tempranas de la vida a través de identificaciones familiares, y el contexto familiar previo influye decisivamente en el estado emocional de la mujer en el puerperio. Por otro lado, recomiendan la necesidad de nuevos trabajos que profundicen en la relación entre la figura materna internalizada y la salud mental materna, especialmente en contextos de vulnerabilidad social. Por último, destacan la

importancia de incluir la dimensión psíquica y emocional transgeneracional en las acciones preventivas y terapéuticas relacionadas con la DPP.

Posteriormente, en Brasil, las autoras Barbosa y Angelo (2016) realizaron una investigación cualitativa con el fin de identificar las experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. Para la selección de las participantes las autoras recurrieron a un muestreo no probabilístico intencional realizado en hospitales públicos y unidades básicas de salud en Cuiaba, Mato Grosso, Brasil. La muestra final quedó conformada por 10 mujeres con diagnóstico confirmado de depresión postparto y 10 familiares que convivieron con ellas durante el episodio depresivo. Para la recolección de datos recurrieron a entrevistas en profundidad realizadas tanto a las mujeres como a sus familiares.

Como resultado Barbosa y Angelo (2016) identificaron tres momentos claves en la experiencia de la mujer y su familia. En primer lugar, frustraciones iniciales ante las tareas de cuidado y amamantamiento. En segundo lugar, presencia de comportamientos de rechazo al hijo, culpa, agresividad, aislamiento, pensamientos suicidas y dificultades en las relaciones familiares. Por último, una etapa de búsqueda de ayuda profesional y espiritual, percepción de cuidados por parte de la familia y el inicio del proceso de recuperación. Como conclusión, las autoras sostienen la necesidad de mantener el control y el apoyo familiar como dos elementos simbólicos fundamentales en la forma en que la mujer y su entorno manejan la DPP desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico y tratamiento. Además, expresan que la experiencia de la DPP implica una lucha constante por parte de la mujer para reencontrarse consigo misma, recuperar el control y resignificar su rol materno y familiar. Por otro lado, sostienen que la familia, especialmente las mujeres de la misma, cumple un rol esencial en la contención, cuidado y recuperación de la mujer. Por último,

destacan la importancia de la red de apoyo, tanto formal como informal, para la prevención y atención oportuna de la DPP.

Por otra parte, en una investigación de tipo cuantitativo transversal realizada en Cuba, González et al. (2019) se propusieron determinar la incidencia y los factores asociados a la aparición de depresión posparto en mujeres puérperas. Para la selección de las participantes, los autores recurrieron a un muestreo no probabilístico. La muestra final quedó integrada por 139 puérperas fisiológicas residentes en Bartolomé Masó. Para la recolección de datos recurrieron a entrevista estructurada la cual incluyó variables sociodemográficas y antecedentes personales; y a la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS).

Como resultado González et al. (2019) hallaron que el 12.23% de las participantes fueron diagnosticadas con depresión posparto. Por otra parte, hallaron un riesgo suicida de 18.27 veces mayor en mujeres con depresión posparto. Por último, encontraron factores de riesgo significativos asociados a edad menor de 20 años (OR: 1.55); estado civil soltera (OR: 11.16); tener dos hijos (OR: 5.66); antecedente de depresión previa (OR: 5.45) y violencia previa al embarazo actual (OR: 2.16) y durante el embarazo (OR: 4.71). Como conclusión, los autores sostienen que la depresión posparto es prevenible, pero posee una morbilidad oculta significativa. Además, sugieren que se requiere mayor atención por parte de los servicios sanitarios. Por último, sostienen que los factores sociales y psicológicos como edad temprana, violencia, estado civil, historia depresiva previa y falta de apoyo deben ser considerados en estrategias de detección y prevención temprana.

Más recientemente, en Misiones, Argentina en una investigación con enfoque mixto, Salinas y Domínguez (2022) se propusieron como fin identificar la presencia de DPP y su atención psicoterapéutica en mujeres adultas usuarias de centros de atención primaria de salud (CAPS) en Posadas, Misiones. Para la selección de las participantes, las autoras recurrieron a un muestreo no probabilístico intencional con criterios de inclusión basados en

edad, uso de CAPS municipales, nivel socioeconómico bajo o medio. La muestra final quedó conformada por 75 mujeres adultas, entre 20 y 40 años, en etapa de hasta seis meses postparto. Para la recolección de los datos recurrieron a la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) para evaluar síntomas depresivos y a una entrevista semidirigida diseñada específicamente para esta investigación, que abordó aspectos psicosociales, antecedentes obstétricos y atención psicoterapéutica.

Como resultado Salinas y Domínguez (2022) hallaron que el 60% (45 mujeres) presentó síntomas de depresión posparto según la EPDS. Por otra parte, hallaron valores elevados en las subescalas de disforia y ansiedad. Además, encontraron la presencia leve de síntomas depresivos y que solo 12 de las 75 mujeres habían planificado sus embarazos. Por último, hallaron que ninguna participante había recibido atención psicoterapéutica formal durante el embarazo o postparto, aunque valoraron su importancia y que la red de apoyo familiar fue fuerte, con convivencia o cercanía con otras mujeres de la familia. Como conclusión, las autoras sostienen que existe una alta prevalencia de síntomas leves de DPP en la población estudiada, y escasa o nula atención psicoterapéutica formal. Además, sugieren que la contención familiar aparece como un factor protector importante. Por último, recomiendan implementar espacios terapéuticos durante el embarazo y postparto para acompañar emocionalmente a las mujeres, sugiriendo adecuar y validar la EPDS al contexto argentino y profundizar futuras investigaciones que consideren factores sociales, económicos y familiares.

También en Argentina y con el mismo interés de analizar la DPP, Paolantonio et al. (2023) realizaron una investigación cuantitativa, transversal, descriptiva y correlacional, con el fin conocer la prevalencia de depresión posparto (DPP) en madres atendidas en un hospital público de Córdoba y analizar los factores de riesgo psicosociales asociados a su aparición. Para la selección de las participantes, las autoras recurrieron a un muestreo no probabilístico,

accidental. La muestra final quedó conformada por 59 diadas madre-bebé (31 niños y 28 niñas). Para la recolección de datos recurrieron a la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EDPE), instrumento autoadministrado, validado en español, utilizado para detectar sintomatología depresiva posparto y entrevistas semiestructuradas basadas en la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP) adaptada, para recolectar información sociodemográfica y factores de riesgo.

Como resultados, Paolantonio et al. (2023) hallaron que el 42.4% de las madres presentaron síntomas compatibles con DPP. Además, encontraron factores de riesgo significativos, tales como: no haber fantaseado con el bebé durante el embarazo; vivencia del embarazo y nacimiento como eventos estresantes; problemas físicos durante el embarazo; conflictos en la infancia de la madre; eventos sociales adversos (e.g., desempleo y pobreza) antes, durante y después del embarazo; problemas de pareja durante el embarazo; y baja calidad de las redes de apoyo y ausencia de lactancia materna exclusiva. Como conclusión, las autoras sostienen que la DPP es una problemática frecuente (más del 40% en la muestra) y con importantes implicancias en la salud pública. Por otro lado, sugieren que, es posible elaborar un perfil psicosocial de riesgo que permita detectar madres vulnerables desde el embarazo. Además, destacaron la necesidad de implementar estrategias de prevención en salud mental perinatal desde los controles prenatales. Por su parte, criticaron la ausencia de políticas públicas efectivas en maternidades para abordar la salud psicosocial de las madres y familias. Por último, recomiendan una mayor atención institucional y estatal para prevenir, detectar y tratar la depresión posparto como parte integral del cuidado materno-infantil.

Por su parte, Soto y Padilla (2024) realizaron una investigación en Ecuador con enfoque cualitativo y diseño fenomenológico con el fin comprender las experiencias vividas y el proceso de reintegración psicosocial de mujeres profesionales que han superado la depresión posparto (DPP) en los últimos 24 meses. Para la selección de las participantes,

las autoras recurrieron a un muestreo no probabilístico. La muestra final quedó conformada por 3 mujeres profesionales con edades de 25 a 29 años. Para la recolección de datos utilizaron como instrumento entrevistas no estructuradas.

Como resultado Soto y Padilla (2024) identificaron la interrelación entre la recuperación personal y la reintegración profesional, así como la influencia de los roles laborales en el proceso de recuperación. Como conclusión, las autoras sugieren que los puntos de inflexión en la reintegración y el activismo en salud mental emergen como resultados transformadores. Por último, recomiendan enfatizar en la necesidad de un enfoque integral en la atención de la salud mental materna que considere la complejidad de los roles profesionales durante la recuperación.

En el mismo año pero en Perú, Lipa-Tudela (2024) realizó una investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo, con el fin de analizar la relación entre las características biológicas, psicológicas y sociales con la depresión posparto en mujeres del altiplano peruano. Para la selección de las participantes, la autora recurrió a un muestreo no probabilístico por cuota. La muestra final quedó conformada por 179 mujeres púerperas atendidas en el Establecimiento de Salud José Antonio Encinas (Puno). Para la recolección de datos recurrió a entrevista estructurada con guía de observación sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales y a la escala de depresión posparto de Edimburgo.

Como resultado Lipa-Tudela (2024) halló que el 53% de las mujeres presentaron síntomas de depresión posparto. Además, encontró características biológicas, psicológicas y sociales que se asocian a un mayor riesgo de presentar DPP. Como conclusión, la autora sostiene que la depresión posparto es un problema significativo de salud pública que afecta el vínculo madre-hijo y el bienestar familiar. Además, sugiere que es crucial el control prenatal adecuado, el apoyo emocional de la pareja y considerar factores como la edad materna para su diagnóstico y tratamiento oportuno. Por otra parte, sostiene que muchas

mujeres no reconocen los síntomas como parte de una patología, lo cual dificulta el acceso a tratamiento oportuno. Por último, recomienda incorporar herramientas diagnósticas y apoyo profesional en el sistema de salud, especialmente en zonas rurales como el altiplano peruano.

Por su parte, Martínez-Locio et al. (2024) en Paraguay realizaron una investigación de tipo cuantitativo observacional, descriptivo en la cual se propusieron caracterizar la depresión posparto en madres que acudieron al consultorio ambulatorio de Gineco-obstetricia y Pediatría del Hospital de Clínicas durante el año 2023. Para la selección de las participantes, los autores recurrieron a un muestreo no probabilístico, por conveniencia. La muestra final quedó conformada por 61 mujeres puérperas. Para la recolección de datos recurrieron a entrevista estructurada y a la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS-9).

Como resultado Martínez-Locio et al. (2024), hallaron que el 52.5% presentó sintomatología sugestiva de depresión posparto. Por último, encontraron otros datos relevantes tales como que el 60.7% no tiene trabajo remunerado, el 49.2% tiene nivel educativo secundario, el 47.6% viven en unión libre, el 72.1% recibió acompañamiento de pareja, y el 73.8% son responsables principales de los quehaceres del hogar. Como conclusión, los autores sostienen que la depresión posparto es altamente frecuente y se relaciona con factores sociales, obstétricos y psicológicos. Además, recomiendan la necesidad de tamizaje oportuno, abordaje integral y multidisciplinario, y políticas de salud mental específicas para mujeres en el puerperio, como así también, continuar con investigaciones que amplíen la muestra y la representatividad nacional para fortalecer futuras intervenciones. Por último, sostienen que la condición de vulnerabilidad social (bajo nivel educativo, desempleo, unión libre, sobrecarga de tareas domésticas) y antecedentes de salud mental aumentan el riesgo.

Por último, en una investigación tipo cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal realizada en Ecuador, Calderon et al. (2024), se propusieron evaluar el impacto

psicológico en el puerperio en mujeres atendidas en un hospital público. Para la selección de las participantes, las autoras recurrieron a un muestreo no probabilístico, por conveniencia. La muestra final quedó conformada por 133 puérperas. Para la recolección de datos recurrieron a un formulario estructurado para recopilar datos sociodemográficos, obstétricos y perinatales y a la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo.

Como resultado, Calderon et al. (2024), hallaron una prevalencia de depresión posparto del 69% en las mujeres evaluadas. Por último, encontraron diferentes factores de riesgo, el 35% de embarazos no deseados; el 14% con antecedentes de depresión; el 7% con hemorragia posparto; el 71% de nivel educativo secundario; y el 67% tuvieron partos eutócicos. Como conclusión, las autoras sostienen que la depresión posparto es altamente prevalente y afecta especialmente a mujeres jóvenes, primigestas y con bajo nivel educativo. Además, sugieren una atención de enfermería personalizada, con enfoque integral que considere tanto factores médicos como psicológicos, como así también, la necesidad de intervenciones tempranas y apoyo continuo para mejorar el bienestar de las madres durante el puerperio. Por último, sostienen que, el embarazo no deseado y la falta de antecedentes obstétricos también son factores relevantes.

Como puede observarse en los antecedentes analizados hasta aquí, ellos coinciden en identificar a la DPP como una problemática frecuente y subdiagnosticada en mujeres puérperas de América del Sur. En términos generales, en los estudios analizados puede observarse una convergencia en torno a la identificación de factores psicosociales tales como la ausencia de redes de apoyo, la presencia de violencia, bajo nivel educativo, nivel socioeconómico bajo, etc. Además, varios estudios destacan la importancia de la contención familiar (en especial de otras mujeres cercanas) como factor protector y subrayan la necesidad de implementar estrategias de detección temprana en los servicios de salud, tanto durante el embarazo como en el posparto.

Por otro lado, existen algunas diferencias relevantes en cuanto a los enfoques de investigación con los cuales han abordado la problemática. Mientras que algunos estudios de corte cuantitativo se centraron en la medición de la prevalencia y en la identificación de factores de riesgo asociados (Gonzalez et al., 2019, Paolantonio et al., 2023; Lipa-Tudela, 2024), las investigaciones con enfoque cualitativo han profundizado en las vivencias subjetivas de las mujeres, destacando elementos emocionales y relacionales, como la construcción transgeneracional o la vivencia de apoyo emocional por parte de la pareja o familia (Correa y Serralha, 2015; Soto y Padilla, 2024). Esta diversidad metodológica permite enriquecer la comprensión del fenómeno que fue abordado en este estudio. Por último, cabe destacar que del análisis de los antecedentes seleccionados y presentados en este apartado se reconoce como vacío empírico, un análisis cualitativo que permite habilitar las voces de las mujeres que padecen DPP generando un espacio para conocer cuales son las vivencias subjetivas sobre los factores de riesgo de su padecimiento.

3. Marco Teórico

Para poder indagar acerca de la depresión posparto es necesario conocer diferentes definiciones que enmarcan el tema a desarrollar. De este modo, es imprescindible partir desde los conceptos de embarazo (qué es, detección, estudios, como prevenirlo, etapas) y de depresión posparto. De igual manera, existen una serie de conceptos que se relacionan de forma directa con el objeto de estudio seleccionado, tales como los diferentes procesos y cambios que se viven en el embarazo, la maternidad desde una perspectiva psicológica, y los factores de riesgo y tratamiento de la depresión posparto.

3.1. Embarazo

El embarazo es el término utilizado para describir el período en el cual un feto se desarrolla en el vientre o útero de una mujer. Los embarazos se datan desde el primer día de la última regla y se calcula la fecha probable del parto 40 semanas más tarde. Según estas cuentas, se incluye en este cálculo un periodo inicial, que en mujeres con ciclos regulares es de dos semanas, en el que la mujer todavía no está embarazada, pero habitualmente la fecha de la última menstruación es el único dato del que se dispone para datar la gestación (García, 2021).

Para que se produzca el embarazo, es necesario que el semen masculino sea depositado en el sistema reproductivo de la mujer. Así, los espermatozoides presentes en este líquido atraviesan el canal del cuello uterino y llegan a las trompas de Falopio. El óvulo liberado por el ovario se encuentra en las trompas de Falopio, y tras ser fecundado por el espermatozoide, comienza a dividirse mientras se dirige al útero, donde se implantará en la pared del endometrio. A partir de ese momento, se inicia el desarrollo del feto. El período de mayor fertilidad en la mujer coincide con la ovulación, cuando el óvulo se mueve hacia las

trompas de Falopio. Este período, conocido como ventana fértil, puede durar hasta seis días. (Fiallos Mayorga et al., 2024).

No obstante, en caso de no desear un embarazo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) promueve el uso de diferentes métodos anticonceptivos que ayudan a prevenir el mismo, tales como los métodos de barrera, los métodos hormonales de corta duración, los anticonceptivos reversibles o métodos de acción prolongada, la esterilización femenina y masculina, y los métodos naturales del ritmo.

3.1.1. Detección del embarazo

Fiallos Mayorga et al. (2024) sostienen que existen diferentes signos y síntomas que la mujer puede experimentar durante el embarazo, tales como falta de menstruación, mamas o pezones hinchados y sensibles, náuseas con o sin vómitos, fatiga, dolores de cabeza, cambios de humor y en el estado de ánimo, estreñimiento, incremento de la frecuencia de micción, hinchazón, leves manchados, calambres, cambios alimentarios, congestión nasal, entre otros. Sin embargo, en muchas ocasiones estos síntomas pueden indicar otro tipo de afección, de manera que es imprescindible consultar con un especialista que pueda establecer un diagnóstico.

Para confirmar el embarazo existen diferentes pruebas médicas, en estas se mide una hormona en el cuerpo conocida como gonadotropina coriónica humana, que puede aparecer en la sangre y orina de las embarazadas a los diez días después de la concepción. Como se mencionó anteriormente, hay diversas pruebas para detectar esta etapa, tales como: prueba de sangre, en donde se extrae un tubo de sangre y se analiza en el laboratorio hasta que se obtienen los resultados; y prueba de orina, en la que se aplica orina en una banda o tira química preparada y se obtienen los resultados a los pocos minutos (Fiallos Mayorga et al., 2024).

Una vez confirmado el embarazo, se realizan una serie de pruebas para comprobar que el feto se está desarrollando de forma correcta, entre las pruebas más destacadas se encuentran: por un lado, ecografías, prueba que se realiza de forma periódica para observar el feto y su desarrollo, como así también para poder detectar malformaciones en caso de que existan. Por otro lado, la amniocentesis, se realiza para determinar la presencia de irregularidades cromosómicas en el feto. Y, por último, el Test de O'Sullivan, prueba que se realiza entre las semanas 24-28 de gestación donde se determina la cantidad de glucosa en sangre (Fiallos Mayorga et al., 2024).

3.1.2. Embarazo mes a mes: desarrollo del feto y cambios en la madre

Las embriólogas Rodrigo et al. (2023), presentan en su sitio web *Reproducción Asistida ORG* información sobre temas relacionados a la fertilidad, la reproducción asistida y el embarazo. Allí, detallan cómo se desarrolla el embarazo semana a semana o mes a mes, explicando los cambios en el cuerpo de la mujer, el desarrollo del bebé y consejos relevantes para cada etapa del embarazo. A continuación, se desarrollará brevemente lo anteriormente mencionado.

El embarazo se divide en varias etapas que marcan el desarrollo del feto, desde la concepción hasta el parto; estas etapas incluyen la etapa germinativa (fecundación, formación del cigoto e implantación), la etapa embrionaria (desarrollo de órganos y sistemas) y la etapa fetal –crecimiento y maduración– (Rodrigo et al., 2023).

Durante los 9 meses de gestación, el bebé se desarrolla, crece y se forma en el interior del útero materno hasta que se produce el nacimiento. Al mismo tiempo, el cuerpo de la mujer y los síntomas que experimenta también evolucionan a medida que transcurren las semanas de embarazo (Rodrigo et al., 2023).

3.1.3. Primer mes de embarazo

Dentro del primer mes de embarazo el óvulo es captado por las trompas de Falopio, donde será fecundado por un espermatozoide y comenzará su desarrollo como un cigoto (una sola célula) y luego como embrión. El embrión continuará su trayecto hacia el útero, donde se implantará aproximadamente entre 7 y 9 días después de la ovulación. En este momento, el embrión tiene entre 6 y 8 días de desarrollo. Así, iniciará la liberación de la hormona hCG, que es la hormona que los tests de embarazo detectan (Rodrigo et al., 2023).

El primer mes de embarazo es significativo, ya que es cuando la mujer generalmente se da cuenta de que va a ser madre. Aunque físicamente no se evidencia la gestación, hacia el final de este mes, la futura madre comienza a experimentar los primeros síntomas hasta confirmarlo con alguno de los diferentes test que existen para detectar el embarazo (Rodrigo et al., 2023).

3.1.4. Segundo mes de embarazo

Después de la implantación, se llevará a cabo la gastrulación, en la que las células del disco embrionario se diferenciarán en tres capas: ectodermo, mesodermo y endodermo. Estas tres capas embrionarias serán responsables de formar todos los tejidos y órganos del bebé (Rodrigo et al., 2023).

En el transcurso de este segundo mes de embarazo, se desarrollan el sistema nervioso central y el corazón primitivo del bebé. Además, comienzan a formarse el intestino, los ojos, las orejas, así como las extremidades, es decir, la mayoría de los órganos primitivos del bebé. Este mes es crucial para el desarrollo, ya que el corazón primitivo empieza a latir en la semana 6 de gestación (Rodrigo et al., 2023).

Por otro lado, los cambios en la madre aún no son evidentes externamente. Aunque la barriga no es visible, es posible que la mujer comience a experimentar algunos síntomas

como náuseas, vómitos, fatiga o sensibilidad en los senos. También puede suceder que la gestación progrese sin muchos síntomas, lo cual no indica complicaciones; simplemente hay mujeres que experimentan estos síntomas de manera más leve (Rodrigo et al., 2023).

3.1.5. Tercer mes de embarazo

A partir de este mes, se concluye el periodo embrionario y comienza el periodo fetal, por lo que el embrión se clasifica como feto. En el tercer mes de embarazo, el futuro bebé ha formado todos sus órganos, aunque aún no están completamente desarrollados. Necesitan madurar y continuar su evolución adecuadamente (Rodrigo et al., 2023).

A lo largo de estas 4 semanas, el feto crece hasta los 7 cm y llega a pesar unos 8-14 gramos, aproximadamente. En lo que respecta a la mujer embarazada, es común que empiece a aumentar de peso y que su abdomen comience a crecer. Además, al final de este mes, es habitual que los molestos síntomas provocados por la hormona hCG, como las náuseas, empiecen a aumentar. Esto se debe a que la concentración de esta hormona alcanza su punto máximo en la semana 12, pero luego comienza a bajar gradualmente (Rodrigo et al., 2023).

3.1.6. Cuarto mes de embarazo

Durante el cuarto mes de gestación, el feto comienza a desarrollar una capa de lanugo, un vello fino que recubre su piel y ayuda a regular la temperatura corporal. Sus ojos, aunque aún cerrados, son bastante grandes y están separados. La forma de su rostro ya está definida, y se puede observar el cuello que conecta la cabeza con el resto del cuerpo (Rodrigo et al., 2023).

El intestino fetal empieza a acumular una sustancia espesa conocida como meconio, que serán las primeras heces del bebé después del nacimiento. Además, en la semana 16, se

forman los pliegues epidérmicos en las palmas de las manos y en los dedos, lo que dará lugar a sus huellas dactilares (Rodrigo et al., 2023).

Al final del cuarto mes, el feto puede medir alrededor de 18 cm y pesar aproximadamente 100 g. El volumen del abdomen materno seguirá aumentando, al igual que el peso corporal, lo que puede provocar molestias como una mayor necesidad de orinar. También es posible que la madre comience a sentir los movimientos del bebé, especialmente si ya ha estado embarazada antes, ya que su tamaño y desarrollo permiten movimientos más frecuentes (Rodrigo et al., 2023).

3.1.7. Quinto mes de embarazo

Uno de los primeros cambios que se observan en este periodo de gestación es la aparición de la vernix caseosa, una sustancia grasa y blanquecina que protege la piel del bebé. Además, el feto comienza a percibir sonidos, incluida la voz de la madre (Rodrigo et al., 2023).

En este mes, las cuatro cavidades del corazón (dos aurículas y dos ventrículos) se han formado y el corazón del feto late con fuerza. Al final del quinto mes de gestación, el bebé puede medir alrededor de 25 centímetros y pesar aproximadamente 300 gramos (Rodrigo et al., 2023).

La madre puede notar que el feto se mueve más en posición horizontal, ya que, al estar de pie, el bebé se acomoda mejor en la pelvis materna, lo que puede reducir sus movimientos. Además, el ombligo de la mujer podría aplanarse o sobresalir hacia afuera; en caso de que esto suceda, regresará a su forma normal después del parto. En esta etapa, la mujer ya no experimenta náuseas ni vómitos, aunque podría presentar otras molestias como acidez estomacal y dolor de espalda (Rodrigo et al., 2023).

3.1.8. Sexto mes de embarazo

La evolución del bebé se manifiesta en un crecimiento que va de aproximadamente 25 cm a 35 cm y un aumento de peso de cerca de 300 gramos a unos 750 gramos. Al reconocer los sonidos de manera clara, el feto reacciona a estímulos como la música, mostrando movimientos en respuesta a estos estímulos sonoros (Rodrigo et al., 2023).

En esta etapa, ya se han formado las cejas, el cabello y las pestañas del futuro bebé. Su piel comienza a adquirir una apariencia más opaca y a ganar consistencia. Además, el bebé es capaz de abrir y cerrar los ojos y de hacer gestos como sacar la lengua. Las proporciones de su cuerpo comienzan a equilibrarse en relación con su cabeza, lo que hace que su aspecto se asemeje más al de un recién nacido (Rodrigo et al., 2023).

Por otro lado, al concluir el segundo trimestre, la gestación se hace evidente en la madre. Su abdomen se vuelve considerablemente voluminoso, lo que puede llevarla a sentirse cansada y experimentar dolores de espalda, así como molestias en ciertas posiciones. También puede notar hinchazón en las piernas, tobillos y pies (Rodrigo et al., 2023).

3.1.9. Séptimo mes de embarazo

Con el inicio del último trimestre de embarazo, el desarrollo del feto está bastante avanzado. Por esta razón, es común que la mujer experimente un mayor cansancio y sensación de pesadez. Además, le resultará más difícil dormir y realizar ciertos movimientos, como atarse los cordones o agacharse para recoger objetos del suelo. También es probable que note una mayor hinchazón en pies y tobillos (Rodrigo et al., 2023).

Durante este periodo, el esqueleto del feto se vuelve más sólido. La grasa comienza a acumularse bajo su piel, lo que le ayudará a regular la temperatura después del nacimiento. Al final de este mes, la longitud del feto puede alcanzar aproximadamente 40 cm y su peso podría superar ligeramente los 1.100 gramos. Este aumento significativo de peso y tamaño

hace que el espacio en el útero sea más reducido. Además, el crecimiento del útero ejerce presión sobre la vejiga, lo que provocará ganas frecuentes de orinar (Rodrigo et al., 2023).

3.1.10. Octavo mes de embarazo

El bebé comienza a desprenderse del lanugo que lo cubría y sigue aumentando tanto en peso como en tamaño, lo que restringe aún más sus movimientos y presiona la vejiga de la madre. Durante este mes, el bebé alcanzará aproximadamente el 50% del peso que tendrá al nacer. Además, es probable que sus movimientos se vuelvan visibles desde el exterior del abdomen materno, lo que resulta muy especial (Rodrigo et al., 2023).

La piel del bebé se va volviendo más lisa y sonrosada gracias a la acumulación de grasa subcutánea. Aunque el bebé está casi completamente formado, sus pulmones todavía no están maduros; en caso de un parto prematuro, no podría respirar por sí mismo (Rodrigo et al., 2023).

La madre puede experimentar acidez o estreñimiento durante esta etapa del embarazo. Estos síntomas son comunes y se deben al aumento del tamaño del útero, que dificulta y ralentiza la digestión. Además, el cansancio es habitual en este último período, no solo por el aumento de peso, sino también debido a las dificultades para dormir y descansar adecuadamente. Se recomienda a la madre que consuma abundante calcio, hierro, ácido fólico, proteínas y vitamina C, ya que su estado de gestación es avanzado y es fundamental que se cuide bien (Rodrigo et al., 2023).

3.1.11. Noveno mes de embarazo

Al finalizar el noveno mes de embarazo, el feto puede alcanzar aproximadamente 50 cm de longitud y un peso promedio de unos 2500 g. Durante este tiempo, el bebé se coloca con la cabeza en la pelvis materna, preparándose para el parto (Rodrigo et al., 2023).

La piel del bebé ha dejado de estar arrugada y se ha vuelto más suave, gracias a la acumulación de grasa subcutánea y a la casi total desaparición del lanugo. Además, el color de su piel ha cambiado: ya no es tan rojo, sino que comienza a adquirir un tono más sonrosado, que se asemeja al color definitivo que tendrá al nacer (Rodrigo et al., 2023).

Aunque los movimientos del bebé son menos frecuentes debido a su mayor tamaño y peso, la madre debe sentir la presencia de su hijo a diario. Sin embargo, es normal que estos movimientos se sientan más bruscos, como si fueran patadas, dado que el espacio para moverse es muy limitado. Este mes puede parecer especialmente largo y complicado para la madre, aunque lo vive con gran ilusión, ya que el parto se aproxima y está ansiosa por conocer a su bebé (Rodrigo et al., 2023).

3.1.12. El final del embarazo

En esta etapa final del embarazo, el bebé ya tiene las uñas más largas que sus dedos, lo que le permite rascarse e incluso arañarse. Sus órganos han alcanzado un desarrollo completo y él bebe está preparado para nacer (Rodrigo et al., 2023).

Es común que la madre experimente fuertes contracciones, conocidas como contracciones de Braxton Hicks. Estas contracciones son diferentes de las de parto y se producen como una forma de preparar el cuerpo para el momento del nacimiento. Son indoloras (aunque pueden resultar incómodas), irregulares y no incrementan en frecuencia ni intensidad, lo que las distingue de las contracciones de parto reales (Rodrigo et al., 2023).

Si, a partir de la semana 42, el bebé aún no ha nacido, es habitual que el médico responsable del seguimiento del embarazo intervenga para inducir el parto, ya que el bebé está listo para salir y permanecer más tiempo en el útero podría representar un riesgo (Rodrigo et al., 2023).

3.2. Maternidad desde una perspectiva psicológica

El embarazo es una etapa de gran importancia en la vida de la mujer; se trata de un proceso en el cual se producen cambios personales, sociales, familiares. Todos estos cambios aparecen gracias a la intervención de lo biológico (embarazo en sí), lo psicológico (psique de la mujer) y lo social en cuanto a la representación de la maternidad en nuestra sociedad – embarazo, parto, crianza– (Rodríguez Czaplicki, 2017).

La maternidad en sí misma es un hecho de gran trascendencia, un cambio vital, una crisis en sentido de cambio, de giro; es también una oportunidad para el crecimiento y un momento de encuentro y revisión de la mujer. Desde el momento en que la mujer se sabe embarazada comienzan una serie de cambios emocionales y psicológicos. El proceso de convertirse en madre es secuencial, por etapas. Comienza en el embarazo y se completa tras el nacimiento y los primeros meses de cuidado (García, 2004).

Según Margaret (2009), en su libro "La maternidad y el bienestar emocional", la maternidad representa un momento de crisis vital para las mujeres y sus familias, marcando un cambio significativo en el estilo de vida. Este proceso comienza desde el inicio del embarazo y conlleva una adaptación a un nuevo rol y una nueva identidad: la identidad materna. Durante el embarazo, las mujeres experimentan cambios importantes a nivel físico, psicológico, fisiológico, social y familiar, todos orientados a formar esta identidad maternal, que se manifestará plenamente con la llegada del bebé.

A lo largo de este proceso, es esencial que la mujer realice una adaptación emocional y vital a esta nueva etapa de su vida, independientemente de si es su primer hijo o si ya ha sido madre antes, ya que cada experiencia de embarazo y maternidad implica una nueva crisis adaptativa. Desde el inicio del embarazo, ocurren importantes procesos neurobiológicos. Las hormonas juegan un papel fundamental en la preparación y desarrollo físico del embarazo, así como en el bienestar emocional y psicológico de la madre (Margaret, 2009).

En el momento del parto, se activa un complejo entramado hormonal que no solo facilita el nacimiento, sino que también regula a la madre para recibir a su bebé. Sin embargo, más allá de los aspectos hormonales y biológicos, es crucial considerar los factores internos psicológicos y los contextos sociales y culturales que influyen en el nacimiento de una madre y su hijo o hija (Margaret, 2009).

3.3. Cambios que atraviesa la mujer en el embarazo

Para la mayoría de las mujeres, el embarazo y la nueva maternidad es una alegría -al menos una parte del tiempo- pero la mayoría de las madres también experimentan preocupación, decepción, culpa, competitividad, frustración e incluso ira y miedo (Sacks, 2017). Dar a luz una nueva identidad puede ser tan exigente como dar a luz a un bebé. Convertirse en madre es un cambio de identidad y uno de los cambios físicos y psicológicos más significativos que una mujer experimentará jamás (Stern y Bruschweiler, 1999).

El proceso de convertirse en madre, conocido como *matrescencia* por los antropólogos, ha sido poco explorado por la comunidad médica. En lugar de enfocarse en la transición de identidad de la mujer, la mayoría de las investigaciones se han centrado en el bebé. Sin embargo, es crucial examinar cómo la historia personal y la psicología de cada mujer influyen en su forma de ser madre. Aunque esta transición también es relevante para padres y parejas, las mujeres experimentan cambios hormonales durante el embarazo, lo que conlleva una experiencia neurobiológica y psicológica única (Sacks, 2017).

Al tener mayor conciencia sobre sus emociones, las personas pueden manejar mejor sus comportamientos. Así, aunque el enfoque esté en el bebé, comprender la psicología de las mujeres durante el embarazo y el posparto puede favorecer un estilo de crianza más saludable. Las madres que son más conscientes de su propio bienestar emocional tienden a ser más empáticas con las emociones de sus hijos. Conocer los desafíos de la maternidad

normaliza y valida los sentimientos de las nuevas madres, a continuación, se desarrollarán cuatro factores claves a tener en cuenta en la maternidad (Sacks, 2017).

3.3.1. Cambios en la Dinámica Familiar

La llegada de un bebé representa un acto de creación, no solo en la formación de un nuevo ser humano, sino también en la creación de una nueva familia. Un bebé actúa como un catalizador que puede fomentar una conexión más íntima, aunque también puede generar tensiones en las relaciones más cercanas de la mujer con su pareja, hermanos y amigos (Mariotti, 2012).

La identidad maternal de una mujer se basa en el estilo de crianza que recibió de su propia madre, quien a su vez fue influenciada por su educación. Independientemente de si una mujer elige criar a su hijo como fue criada o adopta un enfoque diferente, convertirse en madre le brinda la oportunidad de reiniciar su propia historia. De este modo, puede revivir su infancia, repitiendo lo positivo y tratando de mejorar lo que no fue satisfactorio. Aquellas que tuvieron relaciones complicadas con sus propias madres pueden esforzarse por ser la madre que desearon haber tenido (Mariotti, 2012).

3.3.2. Ambivalencia

La ambivalencia se describe como un sentimiento inherente a la maternidad, que combina el deseo de cercanía con el bebé y la necesidad de espacio, tanto físico como emocional. Este sentimiento es común en roles y relaciones profundamente implicados, pues se trata de un constante equilibrio entre dar y recibir. A menudo, lidiar con la ambivalencia es complicado porque implica aceptar emociones opuestas simultáneamente. La maternidad, por lo tanto, es una experiencia que puede ser tanto positiva como negativa (Parker, 1995).

3.3.3. *Fantasía vs. Realidad*

Al llegar el bebé, la mujer ya ha cultivado sentimientos sobre un hijo imaginario. Durante el embarazo, crea una narrativa emocional sobre su futuro hijo, influenciada por sus observaciones de las experiencias de su madre, familiares y amigas, así como por su entorno cultural. Esta construcción puede ser tan intensa que, si la realidad no coincide con sus expectativas, puede resultar decepcionante (Leff, 1991).

3.3.4. *Culpa, Vergüenza y la "Madre Suficientemente Buena"*

En la mente de muchas mujeres, o en el imperativo cultural, existe una figura de la madre ideal: siempre alegre, que prioriza las necesidades de su hijo, con pocas demandas propias y sin decisiones que lamentar. Muchas mujeres se comparan con este ideal, pero rara vez alcanzan esas expectativas, pues se trata de una fantasía. La noción de ser "suficientemente buena" a menudo se percibe como inadecuada. La búsqueda de la perfección puede generar sentimientos de culpa y vergüenza (Winnicott, 1965).

Las madres enfrentan constantemente decisiones difíciles que a veces exigen que prioricen sus propias necesidades sobre las de sus hijos. Esta lucha suele ser tabú, y muchas mujeres evitan hablar de sus sentimientos de vergüenza por temor al juicio. Este sentimiento de vergüenza implica la percepción de que algo está mal en ellas, generalmente resultado de compararse con estándares inalcanzables (Winnicott, 1965).

La falta de apertura sobre estas experiencias puede provocar aislamiento social, que a su vez puede desencadenar depresión posparto. Cuando las madres se encuentran entre quiénes eran antes de la maternidad y lo que creen que deben ser ahora, pueden experimentar la sensación de que algo está terriblemente mal, cuando en realidad, estos sentimientos son comunes y parte del proceso (Winnicott, 1965).

3.4. Depresión Posparto

El primer término relacionado con la tristeza que experimenta una madre reciente es conocido como «Baby Blues». Este fenómeno afecta aproximadamente al 80% de las madres, no se considera patológico y tiende a desaparecer por sí solo en un plazo de dos semanas. Suele mejorar con el apoyo social y familiar, y es parte del proceso de adaptación al nuevo rol maternal. Se piensa que está influenciado por cambios hormonales, así como por factores psicológicos y sociales (Geaperinatal, 2019).

Durante este período de tristeza puerperal o baby blues, la mujer puede sentirse extremadamente cansada, experimentar vulnerabilidad, llorar con facilidad y tener decaimiento. Estos sentimientos son resultado de su nueva etapa de vida, de las exigencias que plantea el bebé y de la ansiedad por cumplir con el cuidado necesario. Los síntomas del baby blues no son graves y suelen desaparecer por sí solos en poco tiempo; no requieren intervención psicológica, ya que no se consideran una patología en sí (Geaperinatal, 2019).

Frente a este estado, que ya identificamos como no patológico, tenemos la depresión posparto o depresión puerperal; que afecta en torno al 20% de las mujeres, y cuya gravedad si requiere de atención especializada, incluso a veces con psicofármacos.

Si bien se considera que el momento de inicio de la depresión posparto es en torno a la 4ª semana tras el parto, y su duración es mayor a las seis semanas; desde la salud mental perinatal se establece la denominación de depresión perinatal; puesto que pueden aparecer síntomas ya durante la gestación; o incluso cerca del año tras el nacimiento del bebé. Así, las últimas clasificaciones hablan de inicio en el «periparto», tras la constatación de que alrededor del 50% de los casos ya presentan sintomatología durante la gestación (Geaperinatal, 2019).

La depresión es la morbilidad psiquiátrica más común en el embarazo, y llega a afectar a más del 13% de las gestantes. Su diagnóstico se basa en los criterios establecidos

por el DSM-V y la aplicación de escalas validadas como la Escala de depresión posnatal de Edimburgo; sin embargo, entre los profesionales de la salud aún existen errores y falencias en el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión durante el embarazo, lo que propicia las diferentes consecuencias y repercusiones para la gestación misma o el feto (Martínez-Paredes y Jácome-Pérez, 2019).

Existen por otro lado, artículos que abordan la falta de atención o discusión sobre los aspectos emocionales y psicológicos del embarazo y la maternidad en la sociedad. Las creencias, normas y valores de la sociedad influyen en cómo se perciben y se discuten ciertos temas. La falta de discusión sobre los aspectos emocionales del embarazo y la maternidad puede estar influenciada por tabúes culturales o normas sociales, invisibilizando así las experiencias de las mujeres en la sociedad y la falta de reconocimiento de sus necesidades emocionales y psicológicas durante este período; que desalientan la expresión de emociones negativas o vulnerabilidades durante el embarazo (Fernández y Oliver, 2004).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013) la depresión es un trastorno frecuente que implica un estado de ánimo deprimido y/o la pérdida casi completa de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban; son frecuentes las manifestaciones somáticas (p. ej. cambio de peso, alteraciones del sueño), y las manifestaciones cognitivas –p. ej. dificultad para concentrarse– (DSM-V, 2013).

Por su parte, la depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que afecta a algunas mujeres después del parto; se caracteriza por sentimientos de tristeza, ansiedad, irritabilidad y falta de interés en el cuidado del bebé. La misma, puede ser el resultado de una combinación de factores de estrés, como los cambios hormonales, el estrés psicosocial y la falta de apoyo social, junto con la vulnerabilidad individual, como antecedentes de depresión, baja autoestima o dificultades en la relación de pareja. A su vez, cuando hay un desajuste entre las expectativas de la mujer sobre la maternidad y la realidad de su experiencia

postnatal, los cambios en el rol y las demandas del cuidado del bebé pueden generar estrés y contribuir al desarrollo de la depresión posparto (DSM-V, 2013).

Según la mayoría de estudios (Lucas, 1993; Mills, 1997; Raphael-Leff, 2008) la DPP es un fenómeno que afecta, en distintos grados, aproximadamente del 50% al 80% de las mujeres. Se manifiesta a través de llanto, irritabilidad, sentimientos excesivos de culpa, trastornos del sueño y apetito, problemas en la concentración y aislamiento social. Tales síntomas conllevarían una pérdida de interés e indiferencia hacia el niño, o bien, se expresarían a través de actitudes intrusivas u hostiles hacia éste (Murray, 1997). En otros casos la DPP se acompaña de síntomas hipocondríacos, somatizaciones, temores y fantasías de la madre de dañarse a sí misma o a su bebé (Raphael-Leff, 2008).

Conocer las causas de la angustia y sentirse cómoda hablando de ellas con otras personas es fundamental para tener una buena experiencia de maternidad. Ayudará a las nuevas madres y a los que las rodean a reconocer que mientras la depresión posparto es una manifestación extrema de la transición a la maternidad, incluso aquellos que no la sufren pueden estar experimentando una transformación significativa (Sacks, 2017).

Este tipo de depresión continúa siendo un tabú, un trastorno que es muy difícil de verbalizar por las madres; ya que choca de lleno con la noción que se tiene de la maternidad, ese estado tan idealizado de felicidad y continuo bienestar; que lleva a que muchas mujeres padezcan el trastorno en silencio, negando su propio dolor, su emoción, por miedo al juicio externo y a no ser consideradas “buenas madres” (Rosenberg, 2013).

3.5. Factores de riesgo en la Depresión Posparto

Se estima que entre el 10% y el 15% de las mujeres experimentan síntomas significativos de depresión tras el parto. Sin embargo, esta cifra puede aumentar en contextos específicos, como en mujeres con antecedentes de depresión o en situaciones de estrés social.

Los factores de riesgo durante el embarazo relacionados con la depresión posparto son complejos y multidimensionales (O'Hara y Swain, 1996).

Los antecedentes de salud mental, los cambios hormonales, el estrés prenatal, la falta de apoyo social, familiar, de pareja y las condiciones sociodemográficas son algunos de los factores más influyentes en el desarrollo de la depresión posparto. Estos hallazgos subrayan la importancia de una atención integral durante el embarazo que considere tanto los aspectos biológicos como psicosociales para prevenir y tratar adecuadamente la depresión posparto. A su vez, dichos autores identificaron múltiples factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de la DPP (O'Hara y Swain, 1996).

3.5.1. Factores Biológicos

Durante el embarazo se producen diferentes cambios hormonales, en los neurotransmisores y de aspecto físico. Las fluctuaciones en los niveles de hormonas como el estrógeno y la progesterona son consideradas influyentes y consideradas factores de riesgo, como así también los cambios de aspecto físico que se experimentan en el embarazo (O'Hara y Swain, 1996).

Por un lado, tras el parto se produce un descenso abrupto del estradiol y la progesterona. Otra hipótesis explicativa involucra al triptófano (precursor de la serotonina) y sus bajos niveles al final del embarazo y el puerperio, aunque se elevan en el segundo día tras el parto, en mujeres con DPP, esto no ocurre. Así mismo hay un aumento de la respuesta inflamatoria, elevándose ciertas citoquinas pro inflamatorias (IL-1, IL-6 y proteína C reactiva) disminuyendo la concentración del factor inhibidor de las mismas. Las situaciones de estrés provocan un aumento de la respuesta inflamatoria, lo que se traduce en un estado depresivo, el cual a su vez vuelve a incrementar la inflamación (O'Hara, Swain, 1996).

No obstante, no solo se producen cambios hormonales, sino también en la apariencia física. Durante el embarazo, el aumento de peso es inevitable debido a la gestación y el desarrollo del feto. Sin embargo, este aumento de peso, especialmente si se percibe como excesivo, puede tener un impacto negativo en la autoestima de la madre. La preocupación por recuperar el peso corporal después del parto puede generar estrés y ansiedad, factores que se asocian con el riesgo de desarrollar depresión posparto (Yelland, 2011)

A su vez, también pueden aparecer cicatrices, estrías, celulitis, manchas (melasma), estas apariciones en la piel se perciben como cambios no deseados en la apariencia física, generando un impacto psicológico y pérdida de control sobre el propio cuerpo, como así también sensaciones altas de ansiedad y preocupación, lo que contribuye a la vulnerabilidad de desarrollar trastornos del ánimo como la depresión posparto (Sarwer, 2004)

3.5.2. Factores Psicológicos

Desde el ámbito psicológico, se sabe que antecedentes de trastornos depresivos o de salud mental, episodios previos de depresión posparto, estrategias de afrontamiento ineficaces, baja autoestima y experiencias de duelo son factores que aumentan el riesgo de desarrollar depresión posparto (O'Hara, Swain, 1996).

Además, es fundamental tener en cuenta factores sociales y familiares. Entre ellos, podemos destacar condiciones laborales inadecuadas, falta de apoyo social y redes de apoyo, problemas familiares, dificultades económicas, así como la ausencia de pareja o una relación conflictiva con ella. El apoyo social es uno de los factores más influyentes en la prevención de la depresión posparto. Las mujeres que carecen de una red de apoyo, ya sea de la pareja, familia o amigos, tienen un mayor riesgo de desarrollar este trastorno (Koh, 2021).

Por su parte, la calidad de la relación de pareja es otro factor social importante. Las mujeres que enfrentan conflictos en su relación de pareja o que no reciben el apoyo

emocional de su pareja tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión posparto. Las tensiones o la falta de apoyo de la pareja pueden aumentar el estrés y la ansiedad en el posparto, contribuyendo a la depresión (Leahy y Warren, 2011). Es esencial y urgente que, durante el embarazo, los controles médicos evalúen estos factores de riesgo, para poder implementar medidas preventivas que fomenten un adecuado cuidado y autocuidado de la madre sobre todo con aquellas mujeres que ya enfrentan problemas emocionales previos ya que, son más susceptibles (O'Hara, Swain, 1996).

A su vez dentro de los factores psicológicos se encuentran diferentes sintomatologías que presentan las mujeres con DPP. Por un lado, hipervigilancia y pensamientos catastróficos, donde las mujeres experimentan un temor constante a que algo malo ocurra a su bebé, lo que las lleva a un estado persistente de alerta y ansiedad elevada (Milgrom & Gemmill, 2015). Por otro lado, síntomas emocionales intensos tales como, sentimientos de culpa, llanto frecuente, angustia, disociación, ataques de pánico y pensamientos intrusivos negativos son comunes en mujeres con DPP (O'Hara & Wisner, 2014).

Por último, los antecedentes de trastornos mentales son factores predisponentes en la DPP, como haber padecido depresión en etapas previas de la vida o que la madre haya presentado trastornos depresivos posparto (Gavin et al., 2005). Por su parte, también las experiencias traumáticas previas como pérdidas gestacionales previas pueden actuar como desencadenantes emocionales durante el puerperio, intensificando los síntomas depresivos (Cacciatore et al., 2008).

3.5.3. Factores Socioculturales

El estigma social y cultural también puede influir en la aparición de la depresión posparto. Las mujeres que perciben o experimentan un estigma relacionado con los trastornos mentales o la maternidad pueden sentirse avergonzadas de buscar ayuda, lo que puede

agravar los síntomas de depresión. Las presiones sociales y culturales sobre la maternidad y el miedo a ser juzgadas son factores claves que influyen en la salud mental de las mujeres (Kuehner, 2017).

Por su parte, las mujeres que sienten presión para cumplir con ideales de maternidad pueden experimentar más estrés. Nuestra sociedad fomenta un modelo de mujer-madre no real, que a los pocos días del parto debe lucir impecable, con un cuerpo que no ha variado, y que debe tener la suficiente energía para volver a la vida laboral y social. Esta presión sobre la mujer, actuará como una fuerte carga, que generará un importante estrés y sentimientos de vulnerabilidad y, en ocasiones, de incapacidad (O'Hara, Swain, 1996).

3.5.4. Factores de Atención Sanitaria

Un adecuado control prenatal es esencial para la detección temprana de posibles problemas emocionales y psicológicos en las mujeres embarazadas. Las mujeres que reciben un adecuado apoyo psicosocial y monitoreo durante el embarazo tienen menos probabilidades de desarrollar depresión posparto. La atención sanitaria de calidad incluye el monitoreo de los factores de riesgo, como antecedentes de trastornos psicológicos, y la intervención temprana. (Murray y Cox, 1990).

Una atención postparto integral y de calidad es clave para la prevención de la depresión posparto. El seguimiento adecuado de las mujeres durante el posparto, incluyendo la evaluación de su salud mental, puede ayudar a detectar la depresión tempranamente y proporcionar intervenciones oportunas. Los estudios muestran que las mujeres que reciben seguimiento postparto adecuado, que incluye la evaluación de su estado emocional, tienen menores tasas de depresión posparto (Gavin, 2005)

La formación adecuada del personal sanitario en la identificación y manejo de la depresión posparto es fundamental para mejorar el acceso a tratamientos oportunos. Los

profesionales de atención primaria, cuando están capacitados para identificar los síntomas de depresión y proporcionar intervenciones o derivaciones apropiadas, pueden reducir significativamente los efectos de la depresión posparto (Stuart, 2003).

3.6. Tratamiento de la Depresión Posparto

Si bien como se mencionó anteriormente, los estados de tristeza puerperal o baby blues, no requieren de intervención psicológica, puesto que no se trata de cuadros psicopatológicos; ante una depresión perinatal es urgente la intervención terapéutica (O'Hara y McCabe, 2013).

La DPP es un problema multifacético que no se puede atribuir a un solo factor. Comprender la interacción de estos elementos es crucial para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas. Como así también, la importancia de la detección temprana y del apoyo psicológico adecuado para las mujeres en riesgo (O'Hara y McCabe, 2013).

La terapia de enfoque interpersonal, combinada con psicoeducación y psicoterapia grupal, ha demostrado ser la más efectiva para tratar la depresión posparto. El tratamiento debe comenzar ante los primeros signos de alerta, realizando una evaluación exhaustiva del estado mental de la madre y de su red de apoyo. Es importante considerar la relación entre la madre y el bebé, así como las estrategias de cuidado que ella utiliza. Incluir al bebé en la intervención es beneficioso, reconociendo siempre la importancia de la diada madre-hijo/a (O'Hara y McCabe, 2013).

Si se observa resistencia al tratamiento y escasos o nulos progresos, o si la sintomatología autolítica es significativa, es esencial combinar la intervención psicológica con un enfoque psiquiátrico, lo que puede incluir la prescripción de psicofármacos. Esto debe

hacerse cuidando siempre la interacción entre la madre y el bebé, manteniendo su unidad, aunque se lleve a cabo un seguimiento (O'Hara y McCabe, 2013).

En conclusión, la depresión posparto es un trastorno lo suficientemente grave como para ser considerado ya durante el embarazo, dado que sus consecuencias afectan no solo a la madre, sino también al bebé, y puede manifestarse en la etapa perinatal. Es posible implementar medidas preventivas, y es urgente identificar los factores de riesgo para llevar a cabo evaluaciones tempranas. Durante las consultas de embarazo y posparto, las matronas pueden utilizar herramientas como la escala de Edimburgo, que proporcionan un excelente cribado para guiar derivaciones a unidades especializadas. Cuidar la salud mental de las madres es necesario, es un ejercicio de cuidado de generaciones actuales y futuras (Rodríguez Czaplicki, 2021).

4. Metodología

Siguiendo el objetivo de evaluar los factores de riesgo durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto con edades comprendidas entre los 27 y 40 años de la Ciudad de Neuquén, el presente trabajo final integrador compone un estudio de corte cualitativo descriptivo que apela a un enfoque narrativo biográfico. Este se ha elegido debido a que resulta más enriquecedor, dado que el estudio cualitativo permite comprender cómo las mujeres experimentan los cambios emocionales y psicológicos en el embarazo y la maternidad, cómo interpretan su malestar y qué factores perciben como influyentes en su estado anímico, sin limitarse a respuestas estructuradas o números, sino que profundiza en el contexto social, emocional y cultural en el que se desarrolla la depresión posparto. Así también, el diseño descriptivo permite identificar asociaciones entre variables sin afirmar que una causa a la otra. En cambio, una investigación cuantitativa se enfocaría más en medir síntomas con escalas perdiendo matices subjetivos importantes (Hernandez Sampieri et al., 2014) de allí la elección de la metodología cualitativa para realizar la presente investigación.

A través de la escucha activa e interpretación de las historias de vida de aquellas mujeres que fueron madres y diagnosticadas con depresión posparto. Con los datos obtenidos se buscó conocer las historias de embarazo de diferentes mujeres. De este modo, a través de la inmersión sensible en el campo de investigación, se espera poder reflejar y conocer las percepciones implicadas en esta etapa del ciclo vital.

4.1. Participantes

Para el presente estudio, se seleccionó una muestra no probabilística, conformada por 12 mujeres madres entre los 27 a 40 años de edad, en la ciudad de Neuquén Capital, Argentina. Se entrevistó tanto a madres primerizas como a aquellas que tenían más de un

hijo. Quedaron excluidas en este estudio aquellas mujeres que no eran madres y que no hubieran sido diagnosticadas con depresión posparto. Como así también, aquellas que siendo diagnosticadas aún se encontraban en tratamiento psicológico, con el objetivo de preservar el cuidado de la paciente con depresión posparto.

4.2. Instrumentos

En relación a los instrumentos empleados, se llevaron a cabo entrevistas de carácter semiestructurada, compuestas por 10 preguntas abiertas y cerradas (Anexo I), con una duración aproximada de 45 minutos. Durante las entrevistas se tuvo como prioridad establecer un ambiente relajado, cálido y empático que permitiera a las participantes poder expresar sus vivencias en la etapa de embarazo, reconociendo de esta manera, las diferentes vulnerabilidades.

4.3. Procedimiento

El primer contacto y acercamiento con la muestra se llevó a cabo a través de WhatsApp, después de haber difundido una convocatoria abierta en diversos grupos, dirigida a mujeres diagnosticadas y ya dadas de alta con DPP que estuvieran interesadas en participar de manera voluntaria en una investigación sobre la salud en el embarazo.

Una vez realizado este procedimiento y habiendo seleccionado a las mujeres de la muestra en base a los criterios de inclusión y exclusión previamente planteados, se entregó el consentimiento informado (Anexo II) a cada una de las participantes con el fin de documentar la autorización a realizar la investigación.

Finalmente, se realizaron las entrevistas de forma individual, en un único encuentro presencial, a cada una de las mujeres de la muestra para que la experiencia resultase más

enriquecedora. El análisis de datos se realizó mediante las categorías de análisis teóricas y emergentes correspondientes a los criterios de los estudios de corte cualitativo.

4.4. Consideraciones éticas

Antes del inicio de las entrevistas, se les recordó a las participantes que su participación en la investigación era completamente anónima y voluntaria, destacando que toda la información proporcionada en el marco de este proyecto sería tratada de forma confidencial, utilizando seudónimos para proteger su privacidad. Tras explicar los objetivos y el procedimiento de la investigación, las mujeres incluidas en la muestra aceptaron participar en el estudio, firmando un consentimiento informado, basado en el Código Ético del Psicólogo (Anexo II). Este documento certifica que las participantes fueron informadas sobre los objetivos de la investigación, el tipo de participación requerida y el uso que se les daría a los resultados obtenidos.

5. Resultados

Con el fin de dar respuesta al objetivo de la presente investigación se organizó la información de los datos obtenidos según los objetivos específicos planteados.

En relación con los factores de riesgo socioculturales durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto se halló que, por un lado, menos de la mitad de las participantes entrevistadas destacaron haber recibido un excelente apoyo tanto de su familia como de sus parejas, lo que facilitó el proceso de embarazo y la superación de la depresión posparto. A pesar de que en algunos momentos preferían estar solas, agradecieron poder contar con alguien en quien confiar, compartir miedos y sentir que no todo recaía sobre ellas. Sin embargo, la gran mayoría de éstas mencionaron sentirse dependientes, ya que cuando sus parejas debían ir a trabajar o sus familias no estaban presentes, experimentaban una gran incertidumbre y soledad, lo que en ocasiones desencadenaba crisis de angustia.

Por otra parte, más de la mitad de las mujeres entrevistadas expresaron que no recibieron el apoyo esperado, especialmente por parte de sus parejas. A pesar de contar con el apoyo familiar, sentían que sus seres queridos se entrometían en la crianza de sus hijos, lo que les causaba agobio. En cuanto a sus parejas, una gran parte de las participantes no se sintieron acompañadas en el proceso, ya que consideraban que éstas no entendían lo que estaban viviendo, ofreciendo apoyo solo en el ámbito económico y no en el cuidado de los niños.

Por otro lado, todas las participantes entrevistadas coincidieron en que experimentaron una fuerte presión social, debido a comentarios como "todas pasan por lo mismo y nadie se queja" o "tener un hijo es una bendición, no hay espacio para sentirse mal", lo que las hacía sentirse invalidadas en sus emociones y poco merecedoras de ser madres.

En relación a las expectativas de cómo se debe ser madre, las doce mujeres coincidieron en que las expectativas previas sobre la maternidad se desmoronaron una vez

que vivieron la experiencia. Expresaron que el concepto social de la maternidad era muy diferente de la realidad. En este sentido, la mayoría de las participantes temía repetir los errores de sus padres en la crianza, y sentían que su salud mental podría interferir en la crianza de sus hijos. Asimismo, mencionaron que, al tener un plan de vida previo, tuvieron que replantearse todo y tomar decisiones para las que no se sentían preparadas.

En cuanto a las nuevas rutinas de la maternidad, todas las entrevistadas destacaron el cambio radical que experimentaron en su vida diaria, sintiéndose más intolerantes y con alteraciones del sueño. Expresaron que "funcionar sin dormir, y más aún con un bebé, es imposible". A su vez, hicieron alusión a que la maternidad implica "constantes cambios", y que cada etapa presenta nuevos desafíos. Muchas sentían que su identidad personal quedaba "codificada" en su rol de madre, ya que, durante el primer año, la crianza del bebé era su principal prioridad, lo que les impedía hacer cosas por sí mismas sin preocupaciones. No obstante, las mujeres coincidieron en que, aunque estas expectativas y rutinas les resultaron problemáticas durante los primeros años de vida de sus hijos, lograron adaptarse con el tiempo.

Por otra parte, en relación con los datos encontrados sobre los factores de riesgo psicológicos, se observó que las mujeres entrevistadas manifestaron una notable sensibilidad ante todo lo que ocurría a su alrededor. Manifestaron vivir constantes crisis, llanto, angustia, falta de aire, culpabilidad, disociación, "ataques de pánico" y pensamientos catastróficos relacionados tanto con el bebé como con su propia situación. Sentían que algo malo podría sucederle a su hijo si no permanecían constantemente alertas, y además, experimentaban dudas sobre su desempeño como madres. Por otro lado, diez de las doce mujeres señalaron sentirse carentes de energía y sufrir de insomnio, lo cual les causaba limitaciones en sus actividades diarias. Coincidieron en que "lo emocional se reflejaba en lo físico", y por ello creían que el estrés era la causa principal de las náuseas y dolores musculares, más allá del

bebé o de los cambios hormonales. Sin embargo, dos mujeres no presentaron síntomas físicos significativos, coincidiendo en que experimentaron sólo los síntomas típicos del embarazo en los primeros meses, destacando que lo más difícil fueron las alteraciones emocionales y psicológicas.

Respecto a los antecedentes de problemas de salud mental, ocho de las doce mujeres entrevistadas mencionaron haber sufrido depresión en su adolescencia o adultez, antes del embarazo. De estas, dos, mencionaron que sus madres también habían tenido depresión posparto. Una mujer relató que su depresión posnatal estuvo vinculada a una pérdida gestacional previa, la cual considera un factor desencadenante. Tres de las doce mujeres no tenían antecedentes de problemas de salud mental, por lo que la depresión posparto fue su primera experiencia con un trastorno de este tipo.

En cuanto a los factores de riesgo biológicos durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto podemos observar que, en la dimensión de cuerpo y cambios físicos, diez de las doce mujeres mencionaron haber experimentado una notable dismorfia corporal, destacando que el aumento o pérdida de peso les causó incomodidad y dificultades para adaptarse a su nueva imagen. Expresaron un deseo de recuperar su cuerpo previo al embarazo, aunque reconocieron que no sería posible. Este aspecto sigue siendo un tema que las afecta emocionalmente hasta la fecha.

Además, se mencionó la aparición de estrías, celulitis, varices y manchas en la piel, lo cual generó una gran preocupación. La mayoría de las mujeres intentaron diversos tratamientos para atenuar estas marcas, pero no todas lograron resultados satisfactorios, lo que las llevó a adaptarse a esta nueva realidad. El impacto de estos cambios no solo fue personal, sino que también afectó las relaciones de pareja. Varias mujeres señalaron que no se sentían cómodas en el ámbito sexual debido a los cambios físicos, lo que generaba discusiones y sentimientos de angustia y culpa por no poder satisfacer a sus parejas como

deseñarían. Por otro lado, muchas se sintieron incómodas al asistir a eventos sociales, temiendo los comentarios ajenos o las miradas. El momento de vestirse resultaba angustiante, ya que la ropa que antes les gustaba ya no les quedaba bien, lo que llevó a muchas a rechazar invitaciones y aislarse para evitar el juicio social.

Por último, en cuanto a los factores de riesgo de asistencia sanitaria durante el embarazo en mujeres diagnosticadas con depresión posparto se encontró que cinco de las doce mujeres describieron el momento del parto como "traumático", señalando la falta de "trato humano" por parte de los profesionales que las atendieron. Además, todas las entrevistadas coincidieron en que los profesionales de la salud se enfocaban principalmente en el bienestar del bebé, dejando a un lado el bienestar de la madre.

Ninguna de las mujeres fue derivada a profesionales de salud mental a pesar de presentar síntomas evidentes de una depresión posparto. Por esta razón, todas decidieron buscar ayuda por su cuenta, acudiendo a psicólogos y psiquiatras; fue en este contexto donde finalmente pudieron poner nombre a lo que estaban viviendo, encontrando en sus profesionales de salud mental el apoyo que necesitaban como personas y madres, sin centrarse exclusivamente en el bienestar del bebé. Varias expresaron su preocupación por la falta de información sobre los procesos que atraviesa la mujer durante el embarazo, señalando que, si hubieran tenido acceso a esta información, podrían haber prevenido muchas situaciones y haber recibido el diagnóstico de depresión posnatal mucho antes de cuando lo hicieron.

6. Discusión

La investigación actual ha revelado importantes hallazgos sobre la DPP en mujeres diagnosticadas con dicho trastorno que pueden ser comparados con estudios previos realizados en América del Sur (ver Estado del Arte). En cuanto a los factores de riesgo socioculturales, los resultados hallados en este estudio, mostraron una presencia significativa de éstos en los relatos de las participantes. Por ejemplo, según Kuehner (2017), las mujeres gestantes, se ven enfrentadas a diferentes situaciones durante su gestación y posparto, como el estigma social y cultural, que puede influir en el desarrollo de la DPP. En este sentido, las mujeres que perciben o experimentan un estigma relacionado con los trastornos mentales o la maternidad suelen sentirse avergonzadas de buscar ayuda, lo cual frecuentemente puede agravar los síntomas de depresión. De igual manera, la presencia en la cultura de un conjunto de expectativas que son sostenidas socialmente sobre la maternidad pueden generar en las mujeres incertidumbre que es tramitada como miedo a ser juzgadas y que podrían resultar en factores claves que influyen en la salud mental.

Los hallazgos realizados en este estudio, muestran similitudes con los resultados reportados por Barbosa y Angelo (2016), González et al. (2019) y Paolantonio et al. (2023) quienes determinaron en sus estudios que el apoyo social, familiar y de pareja es crucial para las mujeres que enfrentan DPP, mencionando que la falta de apoyo son factores que afectan de manera directa tanto el desencadenamiento como la recuperación de una DPP, lo que se encuentra estrechamente relacionado con los testimonios de las mujeres entrevistadas.

Por otro lado, al comparar los hallazgos encontrados con los de Correa y Serralha (2015), que enfatizan el impacto de las experiencias maternas en la infancia, se observa que las mujeres entrevistadas en sus estudios también temían repetir los errores de sus madres. Esto resuena con la conclusión de que las expectativas sobre la maternidad pueden influir en el desarrollo de la DPP. Sin embargo, las participantes entrevistadas en el presente estudio,

reportaron que la presión social y las expectativas no cumplidas sobre la maternidad agravaron sus crisis emocionales, algo que no fue tan enfatizado en el estudio de Correa y Serralha (2015).

En cuanto a los factores psicológicos, en el presente estudio se halló que las participantes manifestaron una alta sensibilidad emocional, reportando síntomas como angustia, disociación, pensamientos catastróficos, ansiedad, agotamiento, entre otros. Según O'Hara & Wisner (2014) los síntomas emocionales intensos tales como, sentimientos de culpa, llanto frecuente, angustia, disociación, ataques de pánico y pensamientos intrusivos negativos son comunes en mujeres con DPP. Por otro lado, autores como Lipa- Tudela (2024) y Salinas Domínguez (2022) hallaron en sus estudios características psicológicas que se asocian a un mayor riesgo de depresión posparto, tales como episodios de disforia y ansiedad, resultados que también fueron encontrados en el presente estudio. Además, la presencia de antecedentes de salud mental hallados en este estudio coincide con los resultados obtenidos por González et al. (2019) quien sugiere que las historias depresivas previas deben ser consideradas como factor importante a evaluar para una prevención y detección temprana.

Con respecto a los factores biológicos en el presente estudio se identificó que las mujeres entrevistadas presentaron dismorfia corporal, incomodidad con los cambios físicos con respecto al aumento de peso y la aparición de estrías, celulitis, varices y manchas en la piel, lo que impactó de manera negativa en la autoestima personal. Según Yelland (2011), en el embarazo no solo se producen cambios hormonales, sino también cambios en la apariencia física, tales como, el aumento de peso y apariciones en la piel, lo que sí se percibe como excesivo, puede tener un impacto negativo en la autoestima de la madre.

Por su parte, los resultados de Lipa-Tudela (2024) sobre la dismorfia corporal y sus implicaciones en la salud mental materna son pertinentes y se relacionan con la investigación realizada, en donde se halló que diez de las doce mujeres reportaron una notable dismorfia

corporal e insatisfacción con la imagen corporal que les ocasionó gran malestar en la salud mental y fue considerado factor influyente en el diagnóstico de DPP.

Por último, en lo atinente a los factores de atención sanitaria se hallaron fallas significativas en el acompañamiento de las mujeres entrevistadas, describiendo el parto y el acompañamiento de salud como una experiencia poco grata debido a la falta de trato humano. Según Murray y Cox (1990) un adecuado control prenatal es esencial para la detección temprana de posibles problemas emocionales y psicológicos en las mujeres embarazadas. Las mujeres que reciben un adecuado apoyo psicosocial y monitoreo durante el embarazo tienen menos probabilidades de desarrollar depresión posparto.

Por su parte, Rojas et al. (2015), en su estudio recomendaron la necesidad e importancia de la formación del personal y el sistema de salud para facilitar el acceso al tratamiento y la detección de la DPP desde etapas más tempranas, incluyendo durante el embarazo. Es por ello que, mientras que las mujeres entrevistadas en el estudio de Rojas et al. (2015) destacaron la escasa atención recibida, las participantes de dicho estudio señalaron una experiencia similar, donde la búsqueda de ayuda profesional se realizó de manera autónoma, lo que resalta la necesidad de mejorar el sistema de atención sanitaria para incluir un enfoque más centrado en la madre.

A su vez, los hallazgos de las 12 mujeres entrevistadas en la investigación reflejan las preocupaciones expresadas por Martínez-Locio et al. (2024), quienes discutieron la falta de atención adecuada durante el parto. En el estudio en cuestión, todas las participantes coincidieron en sentir que su bienestar fue descuidado en favor del bebé, lo que resalta la necesidad de un enfoque más integral en la atención perinatal que considere las necesidades emocionales y psicológicas de las madres, así como la importancia de la formación del personal de salud en estos aspectos.

En resumen, aunque existen similitudes significativas entre los hallazgos realizados en este estudio y los antecedentes revisados, también surgen diferencias que sugieren especificidad de la vivencia subjetiva de mujeres con diagnóstico de DPP en la ciudad de Neuquén. La interacción entre los factores socioculturales, psicológicos, biológicos y de asistencia sanitaria parece delinear un panorama complejo que requiere atención multidisciplinaria y estrategias de intervención más efectivas para abordar la DPP.

7. Conclusión

A lo largo de esta investigación se ha analizado la DPP, un trastorno emocional que afecta a muchas mujeres durante el embarazo y el período postparto. Se ha podido constatar la importancia de abordar este problema de salud mental desde una perspectiva integral que contemple tanto los factores biológicos como los psicosociales. La maternidad es un proceso natural, pero puede traer consigo una serie de desafíos emocionales que, si no se tratan adecuadamente, pueden tener repercusiones significativas en la salud de la madre y el bienestar del bebé.

Este trabajo final integrador refleja la relevancia de proporcionar apoyo emocional, psicosocial y terapéutico a las mujeres embarazadas y a las madres recientes, especialmente en contextos de vulnerabilidad, como aquellos relacionados con antecedentes de depresión, o falta de apoyo social. Parece importante destacar la necesidad de fomentar una maternidad acompañada de un entorno favorable, ya que la experiencia materna es mucho más que biológica; es un proceso emocional complejo que debe ser manejado con empatía y comprensión.

Asimismo, se ha identificado la importancia de sensibilizar a la sociedad sobre la depresión perinatal, ya que muchos de los mitos y estigmas en torno a este trastorno dificultan su identificación y tratamiento. En este sentido, es esencial que se promueva la educación sobre salud mental perinatal, y que tanto los profesionales de la salud como las familias y la comunidad en general trabajen en conjunto para ofrecer un espacio seguro y comprensivo para las mujeres en esta etapa tan crucial de sus vidas.

8. Aportes y contribuciones de la investigación

La presente investigación ha aportado valiosos conocimientos sobre la depresión perinatal, un tema relevante que afecta a muchas mujeres durante el embarazo y el período postparto. El estudio realizado ha contribuido a una mejor comprensión de la depresión perinatal y sus implicaciones en la salud materna. Al mismo tiempo, ha abierto puertas para futuras investigaciones y ha proporcionado recomendaciones prácticas para mejorar el bienestar de las madres durante el embarazo y el postparto, resaltando la importancia de un enfoque integral en la atención materna.

Por un lado, este trabajo final integrador visibiliza el impacto emocional y psicológico de la maternidad, se subraya la importancia de tratar a la maternidad no sólo como un proceso biológico y natural, sino también como un proceso emocional que requiere atención y cuidados especiales. A su vez, este estudio proporciona una comprensión más profunda acerca de los factores que influyen en la salud mental de las mujeres durante y después del embarazo, integrando tanto los factores biológicos como los emocionales y sociales, permitiendo así una evaluación más completa de las causas de la depresión perinatal, lo que puede llevar a intervenciones tempranas y efectivas.

Por otro lado, esta investigación destaca a la depresión perinatal como un problema de salud pública que requiere de gran atención. A través de lo investigado se refuerza la idea de generar políticas públicas que promuevan la detección, apoyo e integración de tratamientos especializados para las mujeres en esta etapa de gran vulnerabilidad. Es por ello que dicho estudio rompe con los mitos y estigmas existentes, contribuyendo a la sensibilización en torno a la importancia de la salud mental materna.

A su vez, aportó la importancia de que las futuras madres puedan contar con un sistema de apoyo social y familiar, tanto en el embarazo como en la etapa posparto. La investigación ha demostrado que la falta de apoyo en estas etapas puede agravar los síntomas

de la depresión, lo que sugiere la necesidad de fortalecer las redes de apoyo para las madres, no solo a nivel de los profesionales de la salud, sino también en el contexto familiar y comunitario.

Finalmente, a partir de los datos obtenidos, esta investigación abre a la sugerencia de que se pueda seguir explorando con más profundidad los factores socioculturales que influyen en la prevalencia de la depresión perinatal, así como también en los métodos de intervención que resultarían más efectivos en los diferentes contextos. Es así, como un aporte importante de la investigación ha sido la propuesta de la capacitación específica de los profesionales de la salud sobre los aspectos emocionales y psicológicos de la maternidad. Capacitar a los médicos, psicólogos y enfermeros permitirá una mejor detección de la depresión perinatal y una respuesta más apropiada en cuanto al tratamiento y apoyo que se le debe ofrecer a las mujeres.

9. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones de esta investigación se relacionan con la escasez de muestras y la dificultad en encontrar la población para realizar las entrevistas. Una de las limitaciones metodológicas relevantes de esta investigación fue la búsqueda y participación de las mujeres diagnosticadas y dadas de alta con depresión posnatal, dado que, si bien estaban dispuestas a participar, fue difícil la coordinación del encuentro debido a factores como la falta de tiempo, el cuidado del bebé, o preocupaciones sobre su privacidad o el estigma relacionado con los trastornos emocionales.

Por otra parte, debido a la gran cantidad de información compartida en cada entrevista, existe la posibilidad de que parte de dicha información se haya perdido en el proceso de transcripción.

Por último, dado que este es un estudio cualitativo con una muestra de solo doce mujeres, no es posible generalizar los resultados obtenidos. Sin embargo, lo recolectado en la investigación podría ayudar a contextualizar los hallazgos y sugerir áreas en las que se podrían hacer mejoras o investigaciones adicionales en el futuro.

10. Líneas de investigación futuras

Luego de realizar el presente trabajo final integrador las líneas de investigación futuras que abrieron paso fueron las siguientes:

En primer lugar, el impacto de la depresión perinatal en la relación madre-hijo a largo plazo, con el fin de ampliar la investigación en torno a cómo los síntomas emocionales de la madre con DPP puede afectar en la vida y crianza del infante y en la diada madre e hijo.

En segundo lugar, el papel de los profesionales de salud en la detección temprana de la depresión posparto. A pesar de la prevalencia y diversos casos que hay de depresión posnatal, muchas mujeres no reciben el apoyo adecuado en las primeras fases, con investigaciones futuras acerca de dicho tema se podría mejorar en la capacitación y entendimiento de los profesionales para identificar signos tempranos de DPP, pudiendo de esta manera realizar una derivación a aquellas pacientes que necesiten una consulta con profesionales de la salud mental.

Por otro lado, el papel de los centros de salud en la normalización de la maternidad y el manejo de la depresión perinatal. Generalmente se representa la maternidad de manera idealizada, lo que puede generar expectativas irreales en las futuras madres, por lo que si dentro de los centros de salud se hablará a menudo y con mayor normalización acerca de dicho trastorno podría repercutir de manera positiva en las mujeres que empiezan a presentar síntomas depresivos luego del embarazo, pudiendo hablar con mayor normalidad sin sentirse juzgadas y buscar ayuda de manera temprana.

Por último, el efecto de las intervenciones psicológicas durante la perinatalidad. Se considera oportuno la investigación e inclusión de los profesionales de salud mental de manera más activa dentro de los centros perinatales, prestar apoyo psicológico durante el embarazo y darle lugar a la madre por fuera de los cuidados del bebe podría ayudar a prevenir el desencadenamiento de una DPP.

11. Propuesta de intervención

La depresión perinatal es una condición que afecta a una parte significativa de las mujeres durante el embarazo y el postparto, con consecuencias potencialmente graves tanto para la madre como para el recién nacido. La intervención temprana y el apoyo adecuado son esenciales para mitigar los efectos negativos de esta enfermedad. A continuación, se presenta una propuesta de intervención basada en la prevención, detección temprana y tratamiento de la depresión perinatal, con un enfoque integral que involucra a la madre, su entorno y los profesionales de salud.

Es así que, como objetivo principal se propone desarrollar un programa integral de intervención para la prevención, detección temprana y tratamiento de la depresión posparto, centrado en la salud mental materna, para mejorar el bienestar de las mujeres embarazadas y en el postparto. De esta manera, como objetivos específicos, se plantea promover la educación sobre la DPP, capacitar a los profesionales de la salud en la identificación temprana de los síntomas de la depresión perinatal para una acorde derivación; ofrecer un sistema de apoyo psicológico continuo involucrando a los familiares en el proceso de atención, estimulando así la comprensión y el apoyo emocional durante y después del embarazo; y fomentar la creación de redes de apoyo social y comunitario para las madres

En primer lugar, como estrategia de intervención se propone realizar campañas de sensibilización sobre la DPP dirigidas a mujeres embarazadas, a sus respectivas parejas y familiares, mediante charlas educativas, talleres, folletos informativos y plataformas digitales. A su vez, se plantea incluir educación prenatal donde se brinde información sobre los síntomas de la depresión posparto, los factores de riesgo y los recursos disponibles para el

apoyo psicológico, reforzando a su vez la importancia de una maternidad deseada y planificada como factor protector de la DPP.

Por otro lado, se propone proporcionar programas de capacitación para los profesionales de la salud, dándole lugar especialmente a profesionales de salud mental como psicólogos y psiquiatras para que puedan realizar diferentes intervenciones que permitan identificar a las mujeres con síntomas de DPP que necesitan atención. Incluyendo el uso de herramientas de evaluación estandarizadas para medir la prevalencia de la depresión perinatal antes y después de la intervención, como el Cuestionario de Depresión Postparto de Edimburgo (EPDS). Además, se debe evaluar la satisfacción de las mujeres con el servicio recibido y los cambios observados en su bienestar emocional.

Por su parte, en lo que respecta a la capacitación de los médicos clínicos se plantea incluir herramientas para realizar un manejo adecuado de las emociones maternas durante y luego del embarazo, promoviendo así un enfoque multidisciplinario para el cuidado de la madre.

Así también, sería fundamental ofrecer consultas psicológicas para las mujeres que presenten claros síntomas de DPP, la terapia debería ser accesible y estar disponible tanto en clínicas de salud pública como privadas. Dentro de los hospitales se propone crear un espacio seguro para que las mujeres compartan sus experiencias y emociones con otras madres, facilitando así el apoyo mutuo entre ellas, sería acorde implementar grupos de apoyo psicoeducativos donde se aborden las preocupaciones emocionales, psicológicas y físicas relacionadas con la maternidad, proporcionando estrategias de afrontamiento.

Dentro de este grupo psicoeducativo, se podría incluir a la pareja y familiares cercanos para mejorar la comprensión de la DPP y promover un ambiente de apoyo emocional en el hogar. A su vez, fomentar la creación de redes de apoyo comunitarias, podría ser un factor que ayude a la prevención del aislamiento social.

Finalmente, se debería realizar un seguimiento continuo de las mujeres que hayan recibido tratamiento, asegurando que reciban apoyo en todas las etapas del embarazo y luego de que el bebé haya nacido. Por su parte, las efectividades de las propuestas plasmadas deben ser evaluadas mediante encuestas y entrevistas con las mujeres participantes, así como con los profesionales de salud involucrados en la intervención.

12. Referencias

- Barbosa, C. B., & Angelo, M. (2016). Experiências da mulher com depressão pós-parto no contexto familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2784. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0745.2784>
- Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K. L., & Jones, H. (2008). Stillbirth and the couple: A gender-based exploration. *Journal of Family Social Work*, 11(4), 351–372. <https://doi.org/10.1080/10522150802451667>
- Clínica Galatea. (2019). ¿Qué es el duelo? - Fases del duelo. <https://www.clinica-galatea.com/es/bloc/duelo/>
- Correa, M. A. de F., & Serralha, C. A. (2015). Experiências de mulheres com depressão pós-parto em relação à mãe: Influência da história de vida. *Psicologia em Estudo*, 20(4), 655–665. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i4.27740>
- Fiallos Mayorga, T. J., Céspedes Cueva, J. C., Benavides Nachimba, L. L., López Rios, E. E., Carvajal Borja, D. P., Torres Paredes, V. I., Diaz Erique, P. B., Espin Miniguano, C. M., Yancha Sánchez, K. E., Sánchez Centeno, P. R., & Pedrosa Astudillo, D. L. (2024). *Fundamentos de Obstétrico-Ginecológica*. Repositorio MAWIL. <https://doi.org/10.26820/978-9942-654-16-8>
- García, M. (2004). Proceso de maternidad: un espacio de intervención psicológica para la prevención. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 21(1), 103–110. <https://sepyrna.com/articulos/psiquiatria-28/garcia-proceso-maternidad.pdf>

- García-Herrera, J. M., & Nogueras Morillas, E. V. (2013). *Afrontar la depresión posparto*. Servicio Andaluz de Salud.
<https://www.consaludmental.org/publicaciones/Depresion-postparto.pdf>
- García Montaner, N. (2021). Definición de embarazo y sus fases. *Canal SALUD - Blogs MAPFRE*. <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/embarazo/definicion/>
- Gavin, N. I. (2005). Depresión posparto: Una revisión de la literatura. *Journal of Women's Health, 14*(4), 332–337. <https://doi.org/10.1089/jwh.2005.14.332>
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology, 106*(5 Pt 1), 1071–1083.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db>
- González, M. C., Mena, S., Sánchez, R., Cabrera, J., & Salas, A. (2019). Depresión posparto: Incidencia y factores de riesgo. *Revista de la Asociación Médica de Cuba, 28*(4), 567–575.
<https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6631/3717>
- González-González, A., Casado-Méndez, P. R., Molero-Segrera, M., Santos-Fonseca, R. S., & López-Sánchez, I. (2019). Factores asociados a depresión posparto. *Archivo Médico de Camagüey, 23*(6).
<https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6631>

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. P. (2014).

Metodología de la investigación (6.^a ed.). McGraw-Hill.

Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH). (2024). *Depresión perinatal*.

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>

Koh, E. S. (2021). Apoyo social y su relación con la depresión posparto: Una revisión sistemática. *Journal of Affective Disorders*, 292, 302–310.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.030>

Kuehner, C. (2017). ¿Por qué la depresión es más común entre las mujeres que entre los hombres? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146–158.

[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)

Lara, M. A., Patiño, P., Navarrete, L., & Nieto, L. (2017). Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2->

[depressionpostparto.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280078/2-depressionpostparto.pdf)

Leahy, R. L., & Warren, W. W. (2011). Relaciones interpersonales y depresión posparto. *Journal of Clinical Psychology*, 67(6), 600–609.

<https://doi.org/10.1002/jclp.20845>

Ledo Belascoain, L. (2019). *Programa de educación para la salud sobre prevención y detección precoz de la depresión posparto dirigido a mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación*. Zaguán. <https://zaguan.unizar.es/record/89023>

- Leff, J. R. (1991). *Fantasía y realidad en la maternidad*.
- Lipa-Tudela, F. (2024). Abordaje de las características y la depresión posparto en puérperas del altiplano peruano. *Revista Acciones Médicas*, 3(1), 35–44.
<https://doi.org/10.35622/j.ram.2024.01.003>
- Martínez-Paredes, J. F., & Jácome-Pérez, N. (2019). Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(1), 58–65.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>
- Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2015). *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment and management*. Wiley.
<https://www.wiley.com/enus/Identifying+Perinatal+Depression+and+Anxiety+%3A+Evidence-based+Practice+in+Screening%2C+Psychosocial+Assessment+and+Management-p-9781118509654>
- Mills, P. (1997). *La depresión posparto: Causas y tratamiento*.
- Murray, L. (1997). *Trastornos emocionales en el postparto y su impacto en la madre e hijo*.
- Murray, L., & Cox, J. L. (1990). El impacto de la depresión posnatal y los factores asociados en el desarrollo infantil. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(6), 805–830. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1990.tb00892.x>

- Nanzer, N. (2015). *La depresión postparto: Salir del silencio*. Ediciones Octaedro.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54.
<https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- Paolantonio, C., Boschetti, L., Sánchez, A., & Navarro, C. (2023). Depresión posparto en mujeres: Prevalencia y factores de riesgo psicosociales. *Revista de Psicología (UNLP)*, 21(2), 1–20. <https://doi.org/10.24215/2422574Xe14848>
- Parker, R. (1995). *Torn in two: The experience of maternal ambivalence*. Virago Press.
- Planned Parenthood Federation of America. (s. f.). Etapas de gestación de tu bebé durante el embarazo. <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/embarazo/etapas-del-embarazo>
- Raphael-Leff, J. (2008). Healthy maternal ambivalence. *Studies in the Maternal*, 1(1), 1–15. <https://doi.org/10.16995/sim.4096>

- Rodríguez Czaplicki, J. (2017, 24 de octubre). Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio. En *XI Jornadas de Salud Perinatal y Reproductiva*, Santiago de Compostela. https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1189/7_1_Mesa_SMental_1_aspectos%20psicologicos_e_mocionais.pdf
- Rodríguez Czaplicki, P. (2021). *Cuidado de la salud mental materna en la perinatalidad*.
- Rodrigo, A., Barranquero Gómez, M., Jiménez Bravo, S., & Azaña Gutiérrez, S. (2023). Embarazo mes a mes: desarrollo del feto y cambios en la madre. *Reproducción Asistida ORG*. <https://www.reproduccionasistida.org/embarazo-mes-a-mes/>
- Rodrigo, M., Barranquero Gómez, M., Jiménez Bravo, A., & Azaña Gutiérrez, S. (2023). Embarazo mes a mes: Desarrollo del feto y cambios en la madre. *Reproducción Asistida ORG*. <http://www.reproduccionasistida.org>
- Rojas, G., Fritsch, R., Solis, J., Jadresic, E., Castillo, C., González, M., & Martínez, P. (2015). Barreras de acceso al tratamiento de la depresión posparto en atención primaria en Chile. *Revista Médica de Chile*, *143*(6), 753–760. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600005>
- Rosenberg, E. (2013). *La maternidad idealizada y el sufrimiento en silencio*.
- Sacks, M. (2017). *La psicología de la maternidad: Emociones y desarrollo emocional de la madre*.

- Salinas, M. A., & Domínguez, D. (2022). Depresión posparto: Un abordaje integral desde los CAPS. *Conexiones*, 10(14), 22–40.
<https://ojs.ucp.edu.ar/index.php/conexiones/article/view/944>
- Sarwer, D. B., et al. (2004). Imagen corporal y funcionamiento psicosocial en mujeres con problemas de imagen corporal. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(2), 179–186. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00199-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00199-X)
- Stern, D. N., & Bruschweiler-Stern, N. (1999). *El nacimiento de una madre: Cómo la experiencia de la maternidad te cambia para siempre*. Ediciones Paidós.
- Stern, D. N., & Bruschweiler-Stern, N. (1999). *El nacimiento de una madre*.
- Stuebe, A. M., & Meltzer-Brody, S. (2017). Postpartum mental health and breastfeeding practices: An analysis using the 2010–2011 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), 636–647. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2150-6>
- Stuart, S. (2003). Depresión posparto: Causas y consecuencias. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 429–441. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(03\)00012-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(03)00012-X)
- Soto, P. J. A., & Padilla, Y. L. S. (2024). Depresión posparto y reintegración psicosocial: Un estudio fenomenológico de las experiencias vividas. *Revista Científica Arbitrada de Ciencias Sociales y Humanidades (Ciencia Latina)*, 8(6), 3922–3942. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15134

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Yelland, L. N., Sutherland, G. A., Brown, S. J., & Brown, S. J. (2011). Association of postpartum depression with weight retention 1 year after childbirth.

International Journal of Obesity, 35(6), 822–829.

<https://doi.org/10.1038/ijo.2010.201>

13. Anexos

13.1. Anexo I

Preguntas:

1. ¿Experimentaste algún síntoma emocional/ psicológico/ físico durante el embarazo que te preocupó? ¿Qué tipo de síntomas experimentaste y cómo los manejaste?
2. ¿Cómo te sentías con respecto a tu cuerpo y cambios físicos durante el embarazo?
3. ¿Tuviste algún antecedente de problemas de salud mental antes de quedar embarazada?
4. ¿Cómo fue tu apoyo social y familiar durante el embarazo?
5. ¿Durante el embarazo, sentiste que había expectativas sobre ti como madre que te generaban presión o estrés?
6. ¿Qué tan preparada te sentías para el nacimiento y la maternidad?
7. ¿Cómo fue tu relación con tu pareja durante el embarazo?
8. ¿Tuviste dificultades para adaptarte a las nuevas rutinas luego del nacimiento del bebe?
9. ¿Pudiste hablar con alguien sobre cómo te sentías emocionalmente durante el embarazo y después del parto?
10. ¿Tuviste alguna intervención profesional para tu salud mental durante o después del embarazo?

13.2. Anexo II

Consentimiento informado:

¡Hola! Mi nombre es Ailin Ardolino, estudiante de Lic. en Psicología en la Universidad de Flores (UFLO). Por medio del presente documento, la invité a participar de la investigación que actualmente estoy realizando en el marco de mi Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciado en Psicología. Para ello, se realizará una entrevista presencial, compuesta por una serie de preguntas, con una duración aproximada de 45 a 60 minutos. Toda la información que usted proporcione en esta entrevista será tratada con estricta confidencialidad. Los datos recogidos serán utilizados sólo para fines académicos y de investigación. Su identidad será protegida en todo momento y no se utilizarán nombres reales en los resultados del estudio. Los datos serán almacenados en un lugar seguro y sólo estarán accesibles para la investigadora principal y los supervisores. La participación en este estudio es completamente voluntaria, usted tiene derecho a rechazar la participación en cualquier momento. Además, puede decidir no responder a cualquier pregunta que no desee contestar. Solo podrán participar del presente trabajo de investigación aquellas mujeres que sean residentes de Neuquén Capital, que hayan atravesado un diagnóstico de Depresión Posparto entre los 27 y 40 años, y que actualmente no se encuentren en proceso de tratamiento. ¡Muchas gracias!