

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

Las máscaras del puerperio y la salud mental de las mujeres.

Solis, Mónica.

Cita:

Solis, Mónica (2024). *Las máscaras del puerperio y la salud mental de las mujeres*. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/595>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/A3G>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LAS MÁSCARAS DEL PUERPERIO Y LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES

Solis, Mónica

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En el siguiente trabajo se presentan los resultados de la investigación “Imaginario profesionales y modelos de atención en equipos de salud obstétricos durante el embarazo, parto y puerperio en el corredor Sur del Área Metropolitana de Buenos Aires”, enmarcada en la maestría en Psicología Social Comunitaria (UBA) y en la Red de Tesistas y Diplomadas/os en Género, Salud y Subjetividad de la Cátedra Introducción a los Estudios de Género de la Facultad de Psicología (UBA). En este artículo se caracterizan las inequidades de género percibidas y no percibidas por el equipo de salud obstétrico durante el posparto y puerperio, y las posibles consecuencias en la salud mental de las mujeres. La investigación es cualitativa. El diseño es exploratorio-descriptivo. La unidad de análisis está compuesta por trabajadores/as de los equipos obstétricos que se desempeñan en el corredor sur del AMBA. Uno de los hallazgos principales refiere a las percepciones de los equipos de salud respecto a la salud mental, refiriendo que los efectos son devastadores y que podrían desembocar en depresión puerpéra. Asimismo, indican la dificultad de abordar dicha problemática debido a que las mujeres puerperas no suelen asistir a los seguimientos luego del parto.

Palabras clave

Salud mental - Mujeres - Posparto - Puerperio

ABSTRACT

THE MASK OF THE PUERPERIUM AND THE MENTAL HEALTH OF WOMEN

The following work presents the results of the research “Professional imaginaries and models of care in obstetric health teams during pregnancy, childbirth and postpartum in the Southern corridor of the Metropolitan Area of Buenos Aires”, framed in the master’s degree in Community Social Psychology. (UBA) and in the Network of Thesis Students and Graduates in Gender, Health and Subjectivity of the Introduction to Gender Studies Chair of the Faculty of Psychology (UBA). This article characterizes the gender inequalities perceived and not perceived by the obstetric health team during the postpartum and puerperium, and the possible consequences on the mental health of women. The research is qualitative. The design is exploratory-descriptive. The analysis unit is made up of workers from the obstetric teams who work in the southern corridor of the AMBA. One of the main findings refers to the perceptions of health teams re-

garding mental health, stating that the effects are devastating and could lead to postpartum depression. Likewise, they indicate the difficulty of addressing this problem because postpartum women do not usually attend follow-ups after giving birth.

Keywords

Mental health - Women - Postpartum - Puerperium

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. En psicología, cuando se habla de salud mental se la entiende como un estado relativamente perdurable en el cual las mujeres se encuentran bien adaptadas, sienten gusto por la vida y están logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales. En este sentido, la salud mental materna tiene que ver con la vida diaria, es decir, se refiere a la manera en que cada una se relaciona con las actividades en la comunidad; comprende el modo en que cada una armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. La salud mental depende de cómo las puerperas se sienten frente a sí mismas, cómo cada una de ellas se sienta frente a otras personas y en qué forma responden a las demandas de la vida (Aprea, 2010).

Considerando lo anterior, en el tránsito de posparto y puerperio las mujeres son especialmente vulnerables a la depresión. Particularmente por los cambios hormonales, por un cuerpo que puja para regresar a su estado anterior y las nuevas responsabilidades que conlleva cuidar al recién nacido que, en su conjunto, resultan muy pesados de sobrellevar. Muchas madres primerizas padecen un breve episodio de cambios leves en el estado de ánimo que se conoce como “tristeza posparto”; sin embargo, algunas sufren depresión posparto, una enfermedad más grave que requiere tratamiento activo y apoyo emocional para la madre primeriza. Un estudio plantea que las mujeres en etapa posparto tienen un riesgo mayor de padecer varios trastornos mentales, incluso depresión, durante muchos meses después de dar a luz (National Institute of Mental Health [NIMH], s/f). Entre los principales síntomas que distinguen un cuadro de depresión posparto

se pueden mencionar: tristeza, pérdida de interés en actividades y disminución de la energía, pérdida de confianza y autoestima, sentimiento injustificado de culpa, desinterés sexual, ideas de muerte y suicidio, disminución de la concentración y perturbaciones del sueño y del apetito (Barbosa et al., 2016; Tamires et al., 2013). Al respecto, Sriraman (s/f) plantea que otras dimensiones que desencadenan la depresión posparto son el estrés grave o problemas médicos durante el embarazo o después del parto y la falta de red y/o apoyo en casa.

Rojas et al. (2015) realizaron un estudio cualitativo en Chile sobre barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana. Esto les permitió plantear que las madres que cursan depresión posparto reconocen barreras para pedir ayuda, tales como la dificultad de definir como enfermedad su malestar psicológico, la falta de redes de apoyo, el miedo a ser catalogada de “loca” y la creencia de que la depresión se supera con fuerza de voluntad, lo que conlleva a una desestimación de los beneficios que puede tener el tratamiento médico y psicológico. Asimismo, dicho estudio plantea algunas causas para no adherencia al tratamiento asociadas a la atención en el consultorio: escaso tiempo de atención, falta de precisión en el diagnóstico y la derivación, escaso reconocimiento de condiciones de riesgo, falta de un programa de salud mental y dificultad para establecer un vínculo positivo y de confianza con el personal de salud.

Inequidades de género percibidas y no percibidas por el equipo de salud obstétrico durante el posparto y puerperio

En esta investigación se observó que las/os profesionales perciben el puerperio de las mujeres, así como la globalidad del posparto, como una etapa delicada por las modificaciones hormonales y los cambios que conlleva en el funcionamiento del organismo. Lo antedicho resulta coincidente con el hecho que las mujeres, debido a la vulnerabilidad, están expuestas a desarrollar trastornos durante las etapas reproductivas de su vida (Ruiz Chamorro, 2017).

En palabras de uno de los/as profesionales entrevistados/as:

“Y más aún si tenemos en cuenta que hay una mujer digamos embarazada, que hormonalmente cambia totalmente con sus cuerpos, con sus modos, con sus maneras de tomar las cosas, es importantísimo” (Licenciado en enfermería)

En coincidencia con Strugo (2018), en las narraciones se encontró que el puerperio es una etapa natural y biológica y necesaria para el retorno al funcionamiento habitual del organismo. Asimismo, las complicaciones relacionadas con la salud mental, fueron experimentadas como devastadoras y solitarias. Para Ta Park et al. (2017), la experiencia del puerperio genera muchos cambios fisiológicos y emocionales para las mujeres, que pueden ser abrumadores debido a que experimentan una serie de factores estresantes, como la rutina de cuidado del bebé, las tareas domésticas agotadoras, la falta de sueño y las dificultades para amamantar. Así lo expresaron:

“El puerperio emocionalmente, por lo que experimenté, es como medio devastador en algunos momentos y bastante solitario, aún en mujeres que están en pareja o tienen acompañante, quien las acompañe. Después bueno hay situaciones psicológicas que pueden hacer más propicio una depresión puerpera” (Licenciada en obstetricia)

Es un momento que reviste cierta complejidad debido a que confluyen diversas situaciones: problemas de evacuación intestinal, necesidad frecuente de ir al baño, dolores de entuerto (por la retracción normal del útero en las primeras 24 hs.), las tareas de cuidado hacia el bebé y otras tareas domésticas, la recepción constante de visitas familiares, etc. A su vez, la relación de pareja también puede verse afectada por los cambios producidos en la vida cotidiana, donde pueden despertarse un conjunto de factores emocionales como consecuencia de cumplir con los preceptos de la maternidad patriarcal, que no siempre son bien aceptadas socialmente (Vivas, 2022) y que tienen consecuencias al incidir negativamente en las subjetividades de las mujeres. En esta línea podemos ubicar un fragmento de las entrevistas:

“he visto suicidios en la maternidad, he visto un suicidio en la maternidad y después vi muchas mujeres con depresiones que hicieron crisis, que tuvimos que llamar... Se les retiró el bebé porque no podían hacerse cargo. Después bueno, esa otra depresión digamos más como esa tristeza, esa melancolía que pueden tener muchas mujeres, eso nosotros no lo terminamos de ver porque la internación en la maternidad es muy breve, por lo tanto, no vemos. Vemos a la que se brota realmente, es gente que hace o tiene crisis de pánico, lo que sea, esas cosas sí hemos llegado a ver” (Licenciada en enfermería)

La depresión posparto es la principal enfermedad que transitan las mujeres que recién han parido. Es un trastorno mental afectivo severo, que afecta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé. Su incidencia mundial es del 15% y está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal”. Se asocia a suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal (Caparros Gonzalez R, Romero Gonzalez B, Peralta Ramirez, 2018) Esto coincide con lo planteado por Socorro y María (2017) con relación al riesgo de desarrollar sintomatología frente a las preocupaciones y ansiedades que atraviesan las mujeres. La psicopatología en el período posparto es un problema de salud pública en todo el mundo. Es de gran relevancia debido a su alta prevalencia y las graves consecuencias que pueden estar asociadas a los trastornos, como son el trastorno vincular, la negligencia y el riesgo suicida en mujeres afectadas.

En este escenario se observó en los relatos de los/as entrevistados/as que las complicaciones relacionadas con la salud mental durante el puerperio, con todo lo que acarrea, no son conside-

radas como prioridad por el sistema de salud en Obstetricia. Mostraron que los deseos, las necesidades y las expectativas de las mujeres no son tomadas como hechos significativos. Según percepciones y valoraciones del equipo de salud obstétrico, el puerperio debería ser prioridad para erradicar la depresión posparto; sin embargo, evidencian pocos pasos en esta dirección ajustándose a las guías establecidas. Esto es congruente con los planteos de Bravo y Hernández (2017) quienes refieren que las embarazadas no reciben suficiente información sobre las complicaciones que pueden devenir como consecuencia de la lactancia y la manera de superarlas, aunado a que la mayoría de las complicaciones surgen durante el postparto y esto agrega carga física y emocional en un momento complejo en la vida de las mujeres. Algunos fragmentos que ilustran estas ideas:

“no se puede abarcar todo, tendrías que estar 5 horas con cada paciente. Los médicos solemos estar poco, para revisarlo, diagnóstico, órdenes, anotamos y nos vamos” (médica obstetra)

“el esquema de visitas de atención prenatal y los controles que tienen que tener las embarazadas se adhieren a las guías establecidas, a la cantidad de estudios complementarios, ecografías y demás” (médica general familiar)

“veinte minutos no se hace una consulta de embarazo, vos no podés escuchar en veinte minutos a una persona. Sí podés medirla, pesarla, tomarle la presión” (Licenciada en obstetricia)

“hay un consultorio de puerperio y, en general, no hay un trabajo profundo ni una consulta posterior. Eso en el hospital no se ve, no te puedo decir si es porque no hay, si es porque no está el ámbito para que consulte. Lo que se detecta, se trata. Sí se pide consulta, por ejemplo, con psicopatía ante cualquier problema de adicción, violencia, si vemos que el vínculo no es bueno se la atiende un día más. Eso hace un trabajo neo muy importante. Todo lo que es posparto, estados anímicos si consulta sí pero tiene que consultar, no hay una búsqueda.” (médica tocoginecóloga)

Estos fragmentos permiten traer a discusión los planteos de Paolantonio et al.(2023) en relación a que dentro de las complicaciones que puede sufrir la salud mental de las madres durante el puerperio, la depresión postparto constituye la afectación psíquica más frecuente y, dadas sus potenciales repercusiones en el bienestar de la madre y del bebé, su correcto abordaje debería constituir una prioridad en salud pública. En este sentido, una licenciada en obstetricia refiere que la atención que se brinda depende de las direcciones que apoyan o no apoyan determinados espacios:

“te tienen que dar el espacio y el tiempo, porque no es tan fácil” (Licenciada en obstetricia)

Seguendo a Vivas (2022) se puede inferir que se trata de situaciones que pueden conllevar sentimientos de frustración al hacerles creer, por el accionar de las/os profesionales que no les preguntan, que ellas no saben o que no son buenas madres. Estudios realizados en Venezuela, Perú y Colombia indican que en los países en desarrollo la incidencia de este padecimiento psíquico alcanza a un alto porcentaje de mujeres que se atien-

den en los hospitales públicos. Y que esto puede deberse a que no son asistidas por servicios de salud mental y trabajo social desde etapas tempranas del embarazo. Asimismo, plantean que la presencia de Depresión durante el puerperio es una problemática que se ha ido profundizando en los últimos tiempos debido a costumbres socioculturales, así como también relacionados al abordaje de la salud mental de las maternidades. Y de las cualidades de la sociedad bajo análisis (Meléndez et al., 2017).

“En el puerperio a las 48 horas después de un parto normal le das el alta y no la viste más a la mujer. A lo sumo la ves a la semana, cuando viene al control de puerperio y al control del recién nacido. A no ser que esté derivada previamente con alguien, que la esté siguiendo, que sea algo como muy puntual sino después de esa mujer no se sabe nunca más. Se pierde el contacto, no hay una continuidad de cuidados.” (Licenciada en obstetricia)

“Cómo le tiene que dar la teta, que no se duerma porque tiene que vigilar al bebé. Insisto, el puerperio parece que no existiera. (...) todo el mundo se desespera para venir a conocer al bebé y se olvidan de ‘la mamá’ (...) se trabaja muy poco, por suerte en estos últimos años se incorporaron las psicólogas” (Licenciado en enfermería)

Esto devino en una reflexión que está en línea con lo que planteó Videla (2008) acerca de un clima extremo que llamó “festín maniaco del parto” (p.156) donde la habitación es invadida de visitas, en ocasiones no se respeta el horario, le piden a las mujeres que cuenten el parto, entre otras cosas. La parturienta pasa de momentos de alegría y festejos a momentos de tensión, agotándose en un sobreesfuerzo físico y psicológico que no está en condiciones de realizar. En este sentido, Paolantonio et al.(2023) refieren que las complicaciones del embarazo, la baja calidad de vida y la falta apoyo son factores de riesgo para pasar de la tristeza puerperal a la depresión posparto y formas más graves. Así expresaban estas ideas los/as entrevistados/as: *“Todo el mundo se desespera para venir a conocer al bebé y se olvidan de la mamá. Hay un montón de cosas que estamos dejando afuera, con respecto a cómo se está sintiendo esa mamá, y que muchas veces influyen e inciden en aspectos negativos de sentirse con culpa o que ya nadie le presta atención. O las sobre exigencias que se plantean dentro de una institución, como que le tiene que dar la teta, como que no se duerma porque tiene que vigilar al bebé, hay un montón de cuestiones que tienen que ver con esto que no se tienen en cuenta pero para nada” (licenciado en enfermería)*

“ Hemos visto con este equipo que hay que cambiar el horario de visita”. lo estoy pidiendo y no me lo dan. Quedó resentida con eso que no puedo conseguir. Y en consecuencia, fracaso. Siento que fracaso” (Licenciada en obstetricia)

“Yo creo que el sistema de salud no considera nada, después del parto es como que la mujer pasó a un segundo plano, o sea, y lo que importa es la atención del neonato digamos” (Licenciada en Obstetricia)

Las causas de la depresión posparto son múltiples y su abordaje

reviste cierta complejidad debido a que muestra la cara oscura de las maternidades, esa que contradice el ideal de madres felices. Por este motivo, muchas mujeres que la padecen se niegan a pedir ayuda, la ocultan y/o se avergüenzan, porque consideran que esto es lo que se espera de ellas. En consecuencia, las mujeres terminan disfrazando las complejidades de las vivencias maternas (Vivas, 2022). Esto coincide con lo investigado por Rojas et al. (2015) quienes afirman que, tal como se mencionó en la introducción de este escrito, las madres deprimidas reconocen barreras para pedir ayuda, tales como la dificultad de definir como enfermedad su malestar psicológico, el miedo a ser catalogadas de “locas”, la creencia de que la depresión se supera con fuerza de voluntad, lo que conlleva a una desestimación de los beneficios que puede tener el tratamiento médico y psicológico.

Finalmente, en gran parte de las narraciones de las/os profesionales entrevistados/as se repite la idea que abordar la depresión posparto no es algo de rutina y que les resulta difícil porque las mujeres puérperas no asisten a los seguimientos luego del alumbramiento. En estos relatos se observó que en las consultas de posparto y puerperio se prioriza el estado “físico” de las mujeres. Así lo expresaron:

“No, es como que en esa parte en general tienen más acceso los neonatólogos porque al estar más en vínculo con el bebé tienen más controles con ellos. Nosotros nos ocupamos en la parte del puerperio cuando ya tienen 15 o 20 días para ver cómo se van a cuidar, cómo están las mamás y esas cosas. Más que nada la parte física.” (médica obstetra)

En sus percepciones, después del parto y el alta del hospital, las mujeres asisten al servicio de neonatología y/o centro de salud al control de la niña/o y estas instancias son aprovechadas por las/os profesionales para realizar una consulta ampliada, evaluando las situaciones emocionales y, en caso de ser necesario, se deriva al área de salud mental. Así lo relataron:

“Y ahí es donde hacemos una consulta más ampliada y atendemos el binomio madre-hije. Y ahí es que evaluamos la situación emocional de la persona y si hay alguna alerta que no nos cierra hacemos la interconsulta con psico o con psiquiatría. Ahí como de toque. Bueno, hay algo que no nos cerró, a lo mejor nosotras no tenemos las herramientas que tenga otra escucha desde psico para poder evaluar mejor” (médica general familiar)

“No es algo que hacemos de rutina. Sí es algo que se observa. Y que se pregunta. O sea, se observa a la mamá, se la pregunta y siempre se evalúan factores de riesgo psicológicos previos. Pero no hacemos algo sistemáticamente como para prevenir (...) Todas las mamás que se detectan en el puerperio que tengan algún problema psicológico, sea depresión post-parto u otro, si se la conecta con el Servicio de Salud Mental durante la internación y se genera una cita durante la internación para que vuelvan al Hospital a atenderse” (médica obstetra y ginecóloga)

Conclusiones

Los desarrollos de este capítulo buscaron indagar las percepciones y valoraciones de las/os profesionales de la salud durante el tránsito del posparto y puerperio con énfasis en la equidad de género y la calidad de atención de las mismas, ya que se consideran buenas prácticas en Salud Sexual y Reproductiva aquellas accesibles a los cuidados de la biomedicina de manera equitativa para toda la población.

Respecto a la salud mental de las mujeres durante el posparto y el puerperio, se identificó que es una etapa de vulnerabilidad con riesgos al desarrollo de trastornos mentales. Y, si bien se considera de relevancia por parte del equipo de salud obstétrico, recibe escasa atención la prevención puérpera por parte del sistema de salud público, lo que obstaculiza el desempeño de las/os profesionales de la salud. Históricamente y hasta la actualidad, la obstetricia focaliza su atención en los aspectos más físicos, mostrando escaso interés por los procesos psíquicos de la reproducción. Esta falta de abordaje sucede a pesar de que la OMS (2022) estableció directrices con más de 60 recomendaciones, entre las que se destacan fomentar la participación de la pareja, para que esté presente en los reconocimientos y brinde apoyo a la mujer y atienda al recién nacido; Cribados para detectar depresión y ansiedad posparto en la madre, con servicios de derivación y tratamiento de ser necesario, para mejorar la compleja interacción de factores de estrés; vulnerabilidades personales, sociales y estructurales de las puérperas. En este sentido, se encontró en las narraciones profesionales que el ambiente donde se despliega la vida cotidiana de las puérperas, las relaciones con sus parejas, sus situaciones socioeconómicas, sus angustias, sus tristezas, sus alegrías, tienen consecuencias en el modo de transitar estas etapas. Dan cuenta que las condiciones sociales en que las personas viven influyen notoriamente en sus posibilidades de tener una buena salud reproductiva y sexual.

Englobado en lo anterior, y en consonancia con los planteos de Zerbo (2017), esta investigación encontró que, las/os profesionales que trabajan en los diferentes servicios de salud no manejan los mismos criterios y conocimientos, y que esto es un factor importante a considerar, ya que el modo de acercarse a las embarazadas es diferente. Por todo lo mencionado, se infiere que es imperioso diseñar políticas públicas que aborden la salud mental de las mujeres en tránsito de embarazo parto y puerperio, como así también la evaluación de la presencia de sintomatología depresiva en el posparto y el puerperio y de posibles factores psicosociales de riesgos asociados. Por lo que se infiere que, los profesionales de la salud obstétrica tendrían que estar preparados y/o formados para dar respuestas y/o abordarlos en cada particularidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aprada, G. (2010). *La psicopatología, la psiquiatría y la salud mental: sus paradigmas y su Integración*. Universidad Nacional de La Plata.
- Barbosa, M. A. y Rodrigues da Silva, A. M. (2016). Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. *Enfermería Global*, 15(42), 232-255. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-6141201600020000...
- Bravo, M. D. P., & Hernández, A. M. (2017). Dando voz a las mujeres: representaciones sociales y experiencias sobre la lactancia. *Dossiers Feministes*, (22), 107-117. <https://raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/328063/418600>
- Caparros-Gonzalez, R., Romero-Gonzalez, B. y Peralta-Ramirez, M. I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial [carta al editor]. *Rev Panam Salud Publica*. 42(97), 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
- Jiménez Vinuesa, N. S., Bueno Cardona, J. M. y Pelegrina Bonel, A. M. Socorro, N., Manuel, J., y María, A. (2017). Salud Mental en el Postparto. *Paraninfo Digital*, XI(27), s/p. <http://www.index-f.com/para/n27/pdf/088.pdf>
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M. y Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus*, 21(3), 7-12. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375955679003>
- National Institute of Mental Health [NIMH]. (s/f) *Depresión Perinatal*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-perinatal>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). *La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto*. <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>
- Paolantonio, M. P., Manoiloff, M. L. V., y Faas, A. E. (2023). Incidencia de la depresión postparto y factores de riesgo asociados en madres cordobesas (Argentina). *Revista de Psicología*, 22(2), 80-99. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe166>
- Paz, A., Cortese, M., Fain, L., Crispin, F. y Zerbo, C. (27 de octubre de 2017). *El parto: mitos y realidades*. Soberanía Sanitaria. <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/parto-mitos-realidades/>
- Rojas, G., Santelices, M. P., Martínez, P., Tomicic, A., Reinel, M., Olhaberry, M., y Krause, M. (2015). Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Revista médica de Chile*, 143(4), 424-432. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887201500400002>
- Ruiz Chamorro, T. (2017). *Impacto psicológico en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Una revisión de la literatura*. [Trabajo final de grado]. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat.
- Socorro, N., Manuel, J., y María, A. (2017). *Salud Mental en el Postparto*. Paraninfo digital. <http://www.index-f.com/para/n27/pdf/088.pdf>
- Sriraman, N. (s/f). *La depresión durante y después del embarazo: usted no está sola*. Healthy Children.org. American Academy of Pediatrics. <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/pre-natal/delivery-beyond/Paginas/understanding-motherhood-and-mood-baby-blues-and-beyond.aspx>
- Strugo, J (2018) *¿ Padres o parejas? La oportunidad de crecimiento al transformarse en familia*. Cien Lunas. Buenos Aires
- Tamires, F., Nogueira Ferreira, A., de Ávila Siqueira, D., Vieira do Nascimento, K., Ximenes Neto, F. y Muniz Mira, R. (2013). Actuación en enfermería frente a la depresión postparto en las consultas de puericultura. *Enfermería global*, 12(1), 404-419. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4147601>
- Ta Park, V. M., Goyal, D., Nguyen, T. et al. (2017). Postpartum traditions, mental health, and help-seeking considerations among Vietnamese American women: a mixed-methods pilot study. *J Behav Health Serv Res* 44, 428-441. <https://doi.org/10.1007/s11414-015-9476-5>
- Videla, M. (2008). *Maternidad, mito y realidad*. Koyatun Editorial.