

El presente Pre-proyecto de investigación es realizado en el marco de la postulación a la cohorte 2025 de la Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología UdelaR. Dicho pre-proyecto se encuentra inscripto en la línea de investigación “Psicoanálisis de fronteras y lazo social” del Instituto de Psicología Clínica.

La incidencia de la Depresión Perinatal en el psiquismo materno y el desarrollo infantil.

Estudio acerca de posibles incidencias de la depresión perinatal en la salud mental materna y en el desarrollo emocional, social y cognitivo del recién nacido, con base en el sufrimiento psíquico de la mujer.

Presentación del tema.

El presente pre-proyecto se encuentra dirigido a la investigación en el campo de la Psicopatología Perinatal. Área sobre la cual encuentro interés considerando que desempeño mi rol de psicóloga en una de las trece Casas del Desarrollo de la Niñez existentes en Uruguay. Allí se detectan y abordan diversas condiciones que impactan en el desarrollo psíquico, cognitivo, social y emocional de las infancias. En la diversidad se visualiza el impacto ambiental y de cuidados parentales y alopARENTALES previos sobre la situación actual del niño/a.

Se toma con relevancia la temática de la perinatalidad considerando que, desde sus inicios, en el campo de la psiquiatría se entiende que el embarazo y posterior nacimiento de un hijo posibilita complicaciones a nivel de salud mental y desarrollo cognitivo (Maldonado Durán, J.M, 2011, pp.40). A la vez, Bowlby (1952) afirma que diversas investigaciones demuestran que la calidad del cuidado parental del recién nacido incide directamente sobre la salud mental, social y cognitiva futura del individuo.

A la vez, se debe considerar la existencia de evidencia que respalda el hecho de que, si una madre experimenta ansiedad, depresión y/o estrés en el embarazo, hay una mayor probabilidad de impacto negativo a nivel del neurodesarrollo del hijo/a en comparación con madres que no padecen dichas afecciones durante esta etapa (Glover, V., 2014).

Siguiendo lo escrito por Golse (2005) para que una psicopatología materna sea considerada nociva en el desarrollo del niño/a, es necesario que sean desbordadas todas las capacidades compensatorias, y a la vez que falle todo aquel tercero que haya buscado proteger del impacto

negativo de la misma a ese niño/a. Se debe tomar en cuenta, considerando que desde el psicoanálisis se afirma que la constitución del mundo interno infantil posee sus cimientos en la edificación de las representaciones en la relación del niño/a con sus objetos circundantes (Golse, 2005).

Si se contempla el impacto de la psicopatología perinatal en el desarrollo del recién nacido, para el presente estudio es de importancia considerar el sufrimiento psíquico materno como incidente en el vínculo mamá-bebé. Se define así al sufrimiento psíquico como una manifestación entre la realidad y el deseo, siendo una experiencia profunda y estructurante ligada a la falta (Lacan, 1963). Dicho sufrimiento se manifiesta en una de sus formas a través de la angustia.

Para analizar los aspectos perinatales de la psicopatología, es de importancia considerar el estructural previo de la mujer gestante, ya que permite una visión más amplia de la situación y su impacto en el desarrollo del infante (Golse, 2005). Considerando que el nacimiento y posterior interacción mamá-bebé reactivan las experiencias de apego infantiles precoces de la madre, y las mismas se infiltran en el sistema relacional que va a brindar la madre al hijo/a (Golse, 2005).

Valorar el estructural previo de la gestante y la situación actual permite en el presente estudio pesquisar mujeres con trastorno depresivo. Siendo esta, parte de la población objetivo de la investigación en especificidad considerando lo mencionado con anterioridad (el sufrimiento psíquico). Para ello es importante delimitar la *Depresión Perinatal* como psicopatología.

Se considera que los *Trastornos Depresivos* están caracterizados por la presencia de un ánimo triste, vacío e irritable que se acompaña de diversos cambios somáticos y cognitivos, afectando significativamente la capacidad funcional del sujeto (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Según los criterios del DSM-5 (2014) se considera *Depresión Perinatal* (la cual denominan depresión periparto) cuando su inicio es durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto.

Existen barreras en la detección y tratamiento de la depresión perinatal, ya que culturalmente subsiste un sesgo donde se considera que la gestación en un período feliz de la vida de una mujer. Causando incluso en diversos casos que la misma se sienta culpable por estar triste durante el embarazo (Ramacciotti y cols, 2009). Al mismo tiempo, se observa que la gestante con depresión perinatal no busca (en la mayoría de los casos) ni recibe una intervención específica.

Razón por la cual los profesionales y demás actuantes de la salud deben estar familiarizados con su fenomenología, para aprender a reconocerla, e implementar herramientas y estrategias de tratamiento (Bonari y cols, 2004).

En Uruguay en el año 2011 se realizó el primer estudio sobre depresión materna en el departamento de Montevideo, del mismo se desprende que un 16.5% de las madres de recién nacidos tenían síntomas de depresión (Corbo, Defey, D'Oliveira, 2011, p.11). Al mismo tiempo se observa que no hay datos sobre dicha afección en el interior del país, ni se profundiza sobre otros aspectos de la psicopatología como tal.

Hasta la actualidad las formas de intervenir ante las condiciones de salud mental de las gestantes son limitadas. Pero es vital realizar un despistaje mediante la escucha, para identificar el estado psíquico de la embarazada y poder intervenir (si así se requiere) de forma oportuna (Cáceres Le Breton, 2011, pp.41).

En la misma línea, el estudio busca detectar también las incidencias que se perciben desde los primeros momentos de contacto (la llamada hora dorada¹) tras el parto de una gestante con depresión perinatal detectada (o que padezca a posteriori). Considerando al vínculo mamá-bebé desde la teoría del Apego por Bowlby, J. (1989) quien postula que los vínculos emocionales juegan un papel importante para el desarrollo saludable del sujeto. A la vez, se busca contemplar los vínculos parentales y alopARENTALES, en relación con los cuidados y el sostén tanto del recién nacido como de la madre.

Por otra parte, también interesa visualizar el papel de la autoconservación pulsional, la cual a grandes rasgos permite que las funciones primordiales del organismo se mantengan activas para sobrevivir físicamente (Golse, 2005). Tal como afirman los escritos de Freud (1915) las pulsiones son las grandes buscadoras de objeto y no hay posibilidad de que un objeto se inscriba en el psiquismo sin una doble investidura (amor/odio).

Considerando los diferentes puntos de la temática presentada surgen varias interrogantes:
¿Existen incidencias en el desarrollo cognitivo y social del niño/a como consecuencia del sufrimiento psíquico materno? ¿Es posible mitigar el impacto del sufrimiento psíquico materno?
¿De qué formas los otros adultos brindan una red de contención para la madre y el bebé?

¹ La hora dorada se considera los primeros 60 minutos en el vínculo mamá-bebé tras el alumbramiento.

¿Existen actualmente dispositivos que ayuden a disminuir el impacto de la depresión perinatal sobre la salud mental de la gestante y el desarrollo del recién nacido? ¿Hay personal profesional capacitado en Uruguay para detectar y mitigar el impacto de la depresión perinatal? ¿Existen los recursos necesarios para los casos donde se debe ayudar a las gestantes o madres con depresión perinatal y su red familiar cercana?

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las incidencias de la depresión perinatal en la salud mental materna y el desarrollo infantil?

Objetivos generales

Conocer como es la situación actual de Uruguay en el campo de la psicopatología perinatal.

Explorar la incidencia de la depresión perinatal en la salud mental de la mujer, así como también su incidencia en el desarrollo del niño y el impacto en el vínculo.

Objetivos específicos

Implementar el dispositivo creado a partir del presente proyecto.

Evaluar la incidencia del dispositivo en la salud mental de la madre, el vínculo con el recién nacido y el desarrollo emocional, cognitivo y social.

Aproximación metodológica

Se propone realizar estudios de caso con metodología cualitativa, a partir de la captación por parte de Ginecólogos, obstetras, parteras o pediatras que discriminen componentes de un trastorno depresivo mediante los controles prenatales y/o la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)².

² La escala “se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de posparto” (Cox, Holden, Sagovsky, 1987, p.1). Según la revisión realizada en Uruguay por Valdés, C. y Cristoforone, N. (2023) también es un instrumento adecuado para la detección de la depresión prenatal (durante el embarazo), contando con precisión, fiabilidad y sensibilidad en los resultados.

Se implementará un espacio clínico de atención semanal con entrevistas iniciales e intervenciones a modo de proceso terapéutico con duración estimada de un año. En dicho proceso se deberá mantener contacto con otros profesionales actuantes.

Se evaluará la incidencia de dichas intervenciones sobre la salud mental de la madre y el impacto en vínculo con el recién nacido.

Se realizarán entrevistas con el núcleo familiar, considerados como agentes de cuidados y contención parental.

Se registrarán las sesiones y se analizará el contenido de dichos registros para discutirlos en relación con la bibliografía existente sobre la temática.

Se toma como criterio de exclusión a mujeres con diagnósticos previos de condición de salud mental, así como también aquellas que se encuentran cursando otras psicopatologías perinatales que no sea depresión. También se encuentran excluidas todas aquellas gestantes que no realicen sus controles en el primer nivel de atención de ASSE, Cerro Largo.

Referencias bibliográficas.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Médica Panamericana.

Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., Koren, G., 2004. Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), 726-735.

Bowlby, J. (1952). Maternal care and mental health. *World Health Organization*. Palais Des Nation. GENEVA.

Cáceres Le Breton, A. (2011). Salud Mental. Psicopatología Perinatal. *Revista Perú Pediatría*, 70 (1), 40-44.

Corbo, G., Defey, D. y D' Oliveira, N. (2011). De-presiones maternas: depresión maternna en el primer año posparto; un tema oculto. Estudio de prevalencia 2011. Montevideo, Uruguay: PNUD y MSP.

Golse, B. (2005) Psicopatología en la perinatalidad. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y adolescente* (5), 39-58.

Lacan, J. (1963) La angustia. Seminario X. Buenos Aires: Paidós.

Ramaccioti, D., Borri, C., Banti, S., Camilleri, V., Montagnani, M.S., Rambelli, C., Cortopassi, S., Mauri, M., 2009. Depression during pregnancy and post-partum. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 28(1), 15-26.