

CONCEPTOS PARA EL DESARROLLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL PERINATAL: UNA REVISIÓN NARRATIVA

CONCEPTS FOR THE DEVELOPMENT OF NURSING CARE IN PERINATAL MENTAL HEALTH: A NARRATIVE REVIEW

CONCEITOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL PERINATAL: UMA REVISÃO NARRATIVA

Autor: Nahuel Guillermo Dagatti¹

RESUMEN

En la actualidad los problemas de salud mental son una de las principales causas de padecimiento en el período perinatal. **Objetivo:** realizar una revisión narrativa de las publicaciones con relación a la salud mental perinatal y la participación de enfermería en su cuidado. **Metodología:** se realizó una búsqueda no exhaustiva en las bases de datos de PubMed, ScienceDirect, SCIELO, y Lilacs (BVS). **Resultados:** se seleccionaron 80 artículos, de los cuales 37 corresponden a revisiones sistemáticas o metaanálisis, 34 investigaciones cuantitativas y 9 investigaciones cualitativas. También se tomaron como referencia 3 publicaciones de literatura gris. Se clasificaron los resultados en: determinantes sociales de la salud, epidemiología de los problemas de salud mental perinatal, la salud mental de las parejas, las barreras en el cuidado y la importancia de la participación de enfermería. **Conclusión:** enfermería se sitúa en un lugar clave para mejorar significativamente el bienestar psíquico de las mujeres gestantes y puérperas, y sus familias y disminuir las barreras en el cuidado para reducir la brecha de tratamiento.

Palabras clave: Salud Mental, Enfermería, Enfermería Obstétrica, Atención Perinatal.

ABSTRACT

Currently, mental health problems are one of the main causes of suffering in the perinatal period. **Objective:** to carry out a narrative review of the publications related to perinatal mental health and nursing participation in its care. **Methodology:** a non-exhaustive search was carried out in the PubMed, ScienceDirect, SCIELO, and Lilacs (VHL) databases. **Results:** 80 articles were selected, of which 37 correspond to systematic reviews or meta-analyses, 34 quantitative investigations and 9 qualitative investigations. Three gray literature publications were also taken as reference. The results were classified into: social determinants of health, epidemiology of perinatal mental health problems, couples' mental health, barriers to care, and the importance of nursing participation. **Conclusion:** Nursing is in a key position to significantly improve the psychological well-being of pregnant and postpartum women, and their families, and reduce barriers in care to reduce the treatment gap.

Keywords: Mental Health, Nursing, Obstetric Nursing, Perinatal Care.

1. Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional de Córdoba.

Contacto: nahuel.dagatti@unc.edu.ar - ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6793-376X>

RESUMO

En la actualidad los problemas de salud mental son una de las principales causas de padecimiento en el periodo perinatal. **Objetivo:** realizar una revisión narrativa das publicações com relação à saúde mental perinatal e à participação de enfermería en su cuidado. **Metodologia:** se realizou uma búsqueda não exaustiva nas bases de dados de PubMed, ScienceDirect, SCIELO, y Lilacs (BVS). **Resultados:** se selecionaron 80 artigos, dos códigos 37 correspondieron a revisiones sistemáticas ou meta-análises, 34 investigaciones cuantitativas e 9 investigaciones cualitativas. También se debe tomar como referencia 3 publicaciones de literatura gris. Se clasificaron los resultados en: determinantes sociales de la salud, epidemiología de los problemas de salud mental perinatal, la salud mental de las parejas, las barreras en el cuidado e a importancia de la participación de enfermería. **Conclusión:** enfermería se sitúa en un lugar clave para mejorar significativamente el bienestar psíquico de las mujeres embarazadas y puérperas, y sus familias y disminuir las barreras en el cuidado para reducir la brecha de tratamiento.

Palabras-clave: Saúde Mental, Enfermería, Enfermería Obstétrica, Atención Perinatal.

INTRODUCCIÓN

El periodo perinatal comprende todo el embarazo y los primeros 12 meses posteriores al parto (Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido [NICE], 2014). Este período tiene una mayor prevalencia de problemas de salud mental comparado con otros momentos del ciclo vital (Eberhard-Gran et al., 2003; Munk-Olsen et al., 2006), con consecuencias inmediatas y a largo plazo para el feto y, por lo tanto, constituye un período crítico para promover la salud mental y detectar la aparición de sufrimiento psíquico. Los problemas de Salud Mental Perinatal (SMP) incluyen tanto aquellos que aparecen durante esta etapa, como aquellos preexistentes que se reagudizan o reaparecen en el embarazo o el primer año luego del parto.

El cuidado de enfermería de la salud mental de las personas gestantes, en nuestro país, históricamente se ha centrado en la psicoprofilaxis y la promoción de la lactancia materna, pero es menester profundizar el abordaje de este. Enfermería tiene una posición privilegiada dentro del equipo de salud para cuidar la SMP de las personas gestantes y sus familias. Participa en las consejerías de salud sexual y reproductiva y los controles de embarazo en los centros de atención primaria de la salud; cuida de las personas gestantes y sus familias durante los períodos de internación hospitalaria y el parto; recibe al recién nacido y realiza las primeras maniobras de valoración de su salud y la promoción del vínculo materno/paterno-neonato; es la principal promotora de la lactancia y el apego; y cuando las familias vuelven a los centros de atención primaria, participa de los controles pediátricos, promueve el desarrollo infantil saludable, y acompaña a las familias en los nuevos aprendizajes y la reconfiguración de sus dinámicas internas.

Cuidar la salud mental desde un modelo subjetivo, histórico/social y comunitario, que contemple las variaciones culturales, requiere incorporar la dimensión subjetiva del padecimiento. Según Faraone (2013) entender el padecimiento subjetivo implica dejar de restringirlo a las nociones de enfermedad o trastorno, es incorporar el punto de vista del sujeto y su relación con lo social y lo cultural. Es decir, que es necesario ampliar la mirada respecto de los criterios absolutos del *Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), y comenzar a valorar las formas plurívocas de los individuos de padecer, teniendo en cuenta que las subjetividades de las dolencias están íntimamente relacionadas con los modos sociales y las construcciones intersubjetivas de cada comunidad. Esta perspectiva de cuidado considerando el sufrimiento psíquico se inscribe en la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, 2010).

Sin embargo, mientras se avanza hacia una comprensión social del padecimiento subjetivo, la epidemiología se sigue construyendo a partir de los trastornos mentales clasificados por el DSM, y por lo tanto, carecemos de datos objetivos estadísticos que nos permitan visualizar la magnitud del sufrimiento psíquico, o del bienestar, en nuestra población, y particularmente, en el período perinatal. Hay una gran parte del sufrimiento psíquico que no entra en las categorías taxonómicas del DSM y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), que es el malestar asociado a los sentimientos de angustia, tristeza, miedo, desosiego, vulnerabilidad, impotencia, soledad, o dolor, entre otros, y que se corresponden con el cuidado de la dimensión emocional en la seguridad de los pacientes (Gomez & Zylinski, 2011).

Por último, se considera que para referirnos al SMP es correcto hablar de *personas gestantes*, ya que incluye a mujeres y hombres con capacidad de gestar, posicionándonos en la Ley de Identidad de Género que fue aprobada en Argentina (Ley 26.743, Ley de Identidad de Género, 2012). Sin embargo, se utilizará conceptos como mujeres gestantes, embarazadas y madres, ya que, se respetará el sentido original de los autores en sus publicaciones, y debido a que, siendo estrictamente técnicos, no se puede extrapolar los resultados de las investigaciones en mujeres cis a hombres trans sin una validación a través de nuevos procesos de indagación.

En este artículo se pretende reconocer los avances en el conocimiento de la salud mental de embarazadas, puérperas y sus familias, para contribuir a la valoración de la magnitud del problema y promover el desarrollo de cuidados de enfermería de la salud mental perinatal.

El objetivo fue, realizar una revisión narrativa de las publicaciones con relación a la salud mental perinatal y la participación de enfermería en su cuidado.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa mediante una búsqueda bibliográfica no exhaustiva en las bases de datos electrónicas PubMed, ScienceDirect, SCIELO, y Lilacs (BVS), durante el mes de mayo de 2022. La búsqueda fue sin límite de fecha, e incluyendo artículos originales, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados en inglés, español y portugués. La estrategia de búsqueda fue: “salud mental” + “perinatal” + “enfermería”. Además, se analizaron las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados para valorar otras publicaciones que pudieran ser incorporadas en la revisión. A estos artículos se los localizó a través del DOI. Por último, también se consultó literatura gris y documentos de sociedades científicas dedicadas a salud mental perinatal.

RESULTADOS

La búsqueda generó 838 resultados, de los cuáles se seleccionaron 80 artículos. Se incluyeron 37 revisiones sistemáticas y metaanálisis, 34 estudios cuantitativos y 9 investigaciones cualitativas. Se incluyeron artículos sobre epidemiología, factores de riesgo, e importancia del cuidado de la salud mental perinatal. Se excluyeron artículos relacionados a los mecanismos biológicos de los trastornos, al diagnóstico y tratamiento de enfermedades, tanto médico como de enfermería, artículos relacionados a COVID-19. Se prefirieron revisiones sistemáticas o narrativas frente a artículos originales, según disponibilidad. Se priorizaron artículos referidos a países de medianos y bajos ingresos, y países de la región de las Américas. Finalmente, también se incluyeron 3 publicaciones de literatura gris. Los hallazgos fueron clasificados en 5 tópicos que se desarrollarán a continuación: determinantes sociales de la salud, epidemiología de los problemas de SMP, la salud mental de las parejas, las barreras en el cuidado y la importancia de la participación de enfermería.

LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD MENTAL EN EL PERÍODO PERINATAL

Los problemas de SMP están fuertemente relacionados con las condiciones de vida de las personas gestantes y sus familias. Teniendo en cuenta el modelo de los determinantes sociales de la salud de la OMS (Organización Panamericana de la Salud, 2012), los determinantes estructurales que influyen en la SMP son la vivienda inestable, como la falta de vivienda o una vivienda inadecuada (Pantell et al., 2019); las inequidades de género, como las desigualdades en los ingresos económicos o las políticas restrictivas sobre el aborto (Martínez et al., 2022); la situación de pobreza (Faulkner et al., 2020; Fisher et al., 2012); haber inmigrado; la discriminación por razones étnicas o culturales, ya que reciben una atención de la SMP inequitativa; la falta o dificultad de acceso a servicios de salud de calidad (Blount et al., 2021; Eastwood et al., 2021; Owais et al., 2019; Prady et al., 2021); la distribución espacial poco accesible de las ciudades; y la presencia de contaminantes ambientales (Appleton et al., 2021).

Con respecto a los determinantes intermedios, la evidencia muestra que aumentan el riesgo de padecer problemas de SMP: ser joven, ser madre soltera, estar cursando un embarazo no deseado o no planificado, antecedentes de abortos espontáneos previos, tener dificultades en la relación íntima de pareja (tales como tener una pareja que rechaza la paternidad, que no apoye y no se involucre, que no sea comprensiva, o sea crítica y pendenciera, y que consuma alcohol en exceso), tener parientes políticos agresivos, ser víctima de

violencia intrafamiliar, no tener suficiente apoyo práctico y emocional, haber padecido abusos durante la infancia, tener una historia previa de problemas de salud mental (Antoniou et al., 2021; Chen et al., 2019; Eastwood et al., 2021; Fisher et al., 2012), y padecer problemas de salud o dolor crónico (Brown et al., 2019; Faulkner et al., 2020). La falta de información previa al embarazo o el puerperio también han mostrado aumentar el riesgo de padecer problemas de SMP (Chen et al., 2019).

La importancia del enfoque de Determinantes Sociales de la Salud es comprender que los problemas de SMP no son individuales de la persona gestante o púérpera, sino que son producto de las condiciones sociales existentes e impactan de manera negativa en el bienestar de la sociedad.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL PERINATAL

Los trastornos mentales comunes (TMC), que consisten en ansiedad, depresión y trastornos somáticos, son las complicaciones más frecuentes del embarazo, el parto y el puerperio. En los países de ingresos bajos y medios, la prevalencia de los trastornos mentales comunes durante el período perinatal es cercano al 20%, y es mayor en las mujeres marginadas con menor acceso a los servicios de salud y de asistencia social (Fisher et al., 2012; Howard et al., 2014). Los TMC son más prevalentes en el período perinatal que en mujeres no embarazadas (Fisher et al., 2012), y los trastornos mentales severos postparto se están transformando en una de las principales causas de muerte materna (Knight et al., 2021).

Los trastornos depresivos son la primer causa, en la región de las américas, de años vividos con discapacidad (AVD) en mujeres de 15 a 29 años, y la segunda causa entre los 30 y 54 años (Organización Panamericana de la Salud, 2021). La prevalencia de la depresión durante el embarazo se estima en el 25,8% en países de ingresos bajos y medios (Gelaye et al., 2016). La depresión postparto afecta al 25,8% de las mujeres púérperas de países de bajos ingresos, y al 20,7% en los países de ingresos medios (Dadi et al., 2020). Alrededor el 19% de las mujeres con depresión postparto tienen ideas de autoagresión (Wisner et al., 2013). Durante el embarazo del 3,9 al 6% de las mujeres puede presentar ideas suicidas (Faisal-Cury et al., 2022; Zhang et al., 2022). La prevalencia de la depresión posparto ha aumentado de 18 a 25% en los últimos siete años, lo que respalda la predicción de la OMS de que la depresión será la tercera causa mundial de morbilidad para 2030 (Dadi et al., 2020).

Con relación a los trastornos de ansiedad, estos alcanzan el 20,7% de las mujeres en el período perinatal (Fawcett et al., 2019). Hay evidencia de una pequeña tendencia (3,1%) de las mujeres embarazadas a ser más susceptibles a los trastornos de ansiedad que las mujeres en el posparto. La ansiedad prenatal se ha identificado como un fuerte predictor de depresión posparto, incluso después de controlar los niveles de depresión prenatal (Matthey et al., 2003; Robertson et al., 2004; Sutter-Dallay et al., 2004).

Con respecto a la psicosis posparto, su incidencia varía entre 0,89 a 2,6 de 1000 mujeres puérperas al año a nivel global (VanderKruik et al., 2017). Aunque la psicosis posparto es relativamente poco común en comparación con otros trastornos mentales, la agudeza y la gravedad de sus consecuencias, como el suicidio o el infanticidio, merecen una atención específica.

Por último, a pesar de las campañas de salud pública, el consumo de sustancias continúa siendo un problema de SMP importante. La prevalencia mundial de consumo de alcohol durante el embarazo es del 9,8% (Popova et al., 2017); en Estados Unidos, por ejemplo, el 5,9% de las embarazadas consume drogas ilícitas, el 8,5% bebe alcohol y el 15,9% fuma cigarrillos (Smid & Terplan, 2022).

Solo uno de los artículos seleccionados se centró en los sentimientos de las embarazadas y puérperas, donde las participantes informaron que el embarazo fue un momento emotivo y, en ocasiones, no sabían qué se consideraba “normal” (Nagle & Farrelly, 2018). En ocasiones sintieron angustia, estrés y miedo de hacer daño al bebé. Sin embargo, la suposición social ‘tácita’ de que todas las mujeres ‘deben ser felices’ de estar embarazadas o de tener un bebé les dificultó poder expresar cualquier sentimiento negativo sobre ellas mismas o el embarazo a sus seres queridos y los profesionales por temor a causar preocupación.

PROBLEMAS ASOCIADOS AL SUFRIMIENTO PSÍQUICO EN EL PERÍODO PERINATAL

En términos generales los problemas de SMP están asociados a un riesgo aumentado de parto prematuro (<37 semanas de gestación), bajo peso al nacer, problemas emocionales durante la niñez, pobre competencia social durante la escolaridad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y bajos niveles de desarrollo motor y cognitivo general (Burger et al., 2020; Stein et al., 2014; Tol et al., 2020).

La depresión perinatal está asociada con mayor dolor durante el parto y puerperio (Xiong et al., 2021); un riesgo aumentado de parto pretérmino y baja puntuación en el APGAR del recién nacido (Vlenterie et al., 2021); y mayor probabilidad de problemas emocionales, incluidas la depresión y la ansiedad, que comienzan en la primera infancia y persisten en la edad adulta temprana (Goodman, 2019).

Asimismo, la depresión posparto afecta el inicio de la lactancia materna y la utilización eficaz de los servicios de salud disponibles (Dadi et al., 2020; Feldman et al., 2009; Tol et al., 2020); lo que se asocia con un aumento de desnutrición y un riesgo 31% mayor de padecer enfermedades infantiles comunes (Dadi et al., 2020; Gelaye et al., 2016; Surkan et al., 2011). También se pueden encontrar mayor ansiedad de separación; deterioro del desarrollo cognitivo, social y emocional; y problemas de comportamiento a largo plazo (Goodman, 2019; Kingston et al., 2018). Estudios recientes indican que la hiperactividad/falta de atención del niño, la agresión física y los síntomas de ansiedad por separación, se pueden expresar en los infantes los 3 años, como mínimo (Kingston et al., 2018). En los últimos años la evidencia sugiere que los problemas en los hijos se deben en gran medida a efectos de programación fetal y epigenética, donde cambios en el entorno intrauterino durante los períodos sensibles pueden alterar el desarrollo fetal, iniciando cambios que pueden tener efectos de por vida (Goodman, 2019).

Por otro lado, la ansiedad durante el embarazo se asocia con resultados adversos del embarazo, como aborto espontáneo, preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer (Huizink et al., 2004; Schneider et al., 2002). Además, los hijos de madres muy ansiosas tienen el doble de riesgo de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH (O'Connor et al., 2002, 2003).

LA SALUD MENTAL DE LAS PAREJAS

De por sí, el embarazo, parto y la llegada de un nuevo hijo son factores altamente estresantes para madres y padres (Ngai & Lam, 2021). Los problemas de salud mental en las mujeres durante el embarazo o puerperio aumentan el riesgo de los padres de padecer sufrimiento psíquico. Dos metaanálisis revelaron que entre el 5 y el 10% de los padres experimentan depresión en el período perinatal (Paulson & Bazemore, 2010) y entre el 5 y el 15% experimentan ansiedad (Leach et al., 2016; Philpott et al., 2019).

Los problemas de salud mental en los padres en el período perinatal están asociados a fatiga, disminución en la capacidad para resolver problemas (Philpott et al., 2019), aumento en el riesgo de las madres de padecer sufrimiento psíquico,

alteraciones en el comportamiento y emociones de los hijos en los primeros años de vida (Ramchandani et al., 2005; P. G. Ramchandani et al., 2008).

Cuando la madre padece algún problema de salud mental durante el período perinatal los padres experimentan angustia psicológica, pero cuestionan la legitimidad de sus experiencias. Son reacios a expresar sus necesidades de apoyo o buscar ayuda preocupados de que hacerlo resta valor a las necesidades de su pareja (Darwin et al., 2017; Ierardi et al., 2019; NG et al., 2021). A pesar de sentirse excluidos de los servicios de maternidad, los padres cuestionan su derecho a recibir apoyo y señalan que los servicios están bajo presión y “deberían” centrarse en las madres. Los hombres enfatizan la necesidad de apoyar a su pareja y proteger su relación como elemento central para el tránsito exitoso de la paternidad; utilizan las redes de apoyo existentes cuando están disponibles, pero notan la escasez de apoyo personalizado para los padres (Darwin et al., 2017; Shorey & Chan, 2020). Investigaciones cualitativas indican que los padres angustiados emplean estrategias de afrontamiento evitativas como la supresión, la distracción y el retraimiento social (Ierardi et al., 2019; Livingston et al., 2021).

La correlación positiva entre la salud mental paterna y materna, y la evidencia temprana de los efectos emocionales, conductuales y de desarrollo que la enfermedad mental perinatal paterna tiene en los niños, resalta la necesidad de orientar los servicios hacia el bienestar psicológico de la pareja y la familia en lugar de madre sola, incluyendo la evaluación o detección de rutina de la salud mental y el bienestar de los padres (Shorey & Chan, 2020), sin embargo la evidencia sobre el cuidado de la salud mental de los padres en este período aún es escasa (Lee et al., 2018).

BARRERAS EN EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL PERINATAL

El cuidado de la SMP está fuertemente restringido por la existencia de barreras que limitan el acceso al diagnóstico, el tratamiento o la rehabilitación. En la región de las Américas, el 73,5% de las personas con trastornos mentales no accede al tratamiento; en Argentina la brecha de tratamiento asciende al 88,4% (Kohn, 2013; Stagnaro et al., 2018). Los hallazgos de una revisión sistemática sobre las tasas de detección y tratamiento de la depresión perinatal sugieren que, para las mujeres con depresión prenatal, solo aproximadamente el 50% son diagnosticadas, el 14% recibe tratamiento y el 8,6 % recibe un tratamiento adecuado (definido como al menos 6 semanas de uso diario de antidepresivos o al menos 6 semanas de psicoterapia). Para las mujeres con depresión postparto, se diagnostica alrededor del 31 %, el 16 % recibe tratamiento y solo el 6,3 % recibe un tratamiento adecuado (Cox et al., 2016).

Las barreras, con las que se enfrentan las personas gestantes para buscar ayuda para la angustia mental y emocional perinatal, pueden ser: a) por factores individuales; b) asociados a los profesionales de la salud; c) interpersonales o; d) sociales (Webb et al., 2021).

Los factores individuales incluyen la renuencia de la persona a revelar sus sentimientos debido al miedo al estigma, a que le saquen el hijo/a recién nacido/a, a ser juzgada como madre/padre no apta/o la presencia de un familiar durante de la entrevista (Dolman et al., 2013; Webb et al., 2021). Cuando se le ofrece tratamiento a una mujer, una barrera para acceder a este tratamiento es la renuencia o la imposibilidad de asistir al tratamiento debido a la falta de tiempo, necesidad de cuidado de niños, falta de transporte y poco apoyo familiar (Arefadib et al., 2022).

A nivel de los profesionales de la salud, el personal desinteresado y desatento es una barrera para la atención. La capacitación escasa o deficiente y la gran carga de trabajo o la falta de tiempo son limitantes importantes (Dolman et al., 2013; Higgins et al., 2018; Nagle & Farrelly, 2018; Noonan, Galvin, et al., 2017; Webb et al., 2021). Los enfermeros y las enfermeras también tienen dificultades para identificar las necesidades psicológicas de las personas gestante debido a las falta de opciones de derivación y sus propias actitudes estigmatizantes (Higgins et al., 2018; Noonan et al., 2018; Noonan, Galvin, et al., 2017; Wadephul et al., 2018). La falta de formación profesional contribuye a la estigmatización y las actitudes negativas expresadas por los profesionales de la salud (Legere et al., 2017). La falta de especialistas en salud mental o de opciones de derivación también contribuye a que los profesionales prefieran no diagnosticar un problema que después no van a poder tratar o del que se van a tener que hacer cargo sin tener una formación adecuada (Arefadib et al., 2022; Ford et al., 2017; Higgins et al., 2018). Una revisión integradora de Bayrampour et al. (2018) también identificaron la fragmentación de los servicios y la falta de continuidad de la atención como barreras clave para integrar la atención de la salud mental en la práctica de la partería.

De hecho, la evidencia muestra que las barreras no solo dificultan el acceso al cuidado de la salud mental, sino que aumenta el sufrimiento psíquico. Según Rodríguez-Almagro et al. (2019), la falta de empatía o la falta de respeto de los profesionales de la salud, la escasas de información, y la falta de apoyo durante el trabajo de parto, producen sensaciones de miedo, soledad y depresión durante la internación, lo que generan en última instancia, experiencias traumáticas del parto intrahospitalario.

LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL PERINATAL

Enfermería está bien posicionada para abordar la brecha de tratamiento de las mujeres que tienen problemas de SMP. El apoyo psicosocial a madres y sus familiares se encuentra dentro del ámbito de práctica de las enfermeras de salud mental. La incorporación de enfermeras con conocimientos en salud mental demostró ser clave para una comunicación continua con las pacientes y una mayor capacidad de respuesta a las necesidades de la mujer en el período perinatal (Cox et al., 2017; Ransing et al., 2021).

Enfermería es la profesión que mayor cantidad de horas ocupa asistiendo a una mujer internada. Este contacto prolongado con las usuarias ha demostrado contribuir a la detección de sufrimiento psíquico en gestantes y púerperas (Noonan et al., 2017). Asimismo, investigaciones cualitativas muestran que mujeres que experimentaban angustia emocional después del parto, y que recibieron una intervención de apoyo emocional perinatal dirigida por enfermeras, encontraron útil la intervención. Las intervenciones psicológicas pueden ser administradas de manera efectiva por profesionales no especializados en salud mental (Coates & Foureur, 2019; Noonan, Galvin, et al., 2017; Ransing et al., 2021).

En relación con lo anterior, las investigaciones muestran consistentemente que cuando la misma enfermera o matrona acompaña a una persona gestante durante el embarazo, el parto en el hospital, el puerperio y los primeros meses de vida del recién nacido (con seguimiento por al menos 6 meses), hay un aumento en la calidad de salud en general, y de la salud mental en particular (Goedde et al., 2021; Kildea et al., 2018). Este acompañamiento personalizado ha demostrado disminuir las intervenciones en el parto (hay menos amniotomía, analgesia regional, episiotomía y partos instrumentales) y mejorar los resultados del parto (parto vaginal espontáneo) y del/de la lactante (menor cantidad de partos prematuros, menores pérdidas fetales antes y después de las 24 semanas de gestación, y menor cantidad de muerte neonatal). Asimismo, aumenta el índice de satisfacción y bienestar mental de la persona gestante, y disminuye el estrés, los trastornos de ansiedad, y la depresión postparto. Idealmente, la misma persona que cuida a la embarazada durante el embarazo debería estar con ella durante el trabajo de parto y el parto, y continuar la evaluación de la madre, el padre y el bebé durante el período de ajuste posparto (Lederman & Weis, 2020).

Por otro lado, las mujeres, y sus familias, prefieren los servicios comunitarios a los hospitalarios para la detección y el abordaje de los problemas de

SMP (Harvey et al., 2012), donde el abordaje basado en la comunidad contrasta con el modelo biomédico (Foster et al., 2021). Las visitas domiciliarias por enfermeras comunitarias en las que solo se “escucha” a la madre, son intervenciones de apoyo eficaz que contribuyen al bienestar materno y a la detección temprana de depresión postparto (Regan, 2011). Lo mismo sucede con los espacios de consejería por enfermeras para brindar apoyo (Regan, 2011; Wang et al., 2021).

Sin embargo, si bien las enfermeras están interesadas en brindar apoyo en salud mental, y hacen esfuerzos por atender las necesidades psicosociales de las pacientes (Fletcher et al., 2021), carecen de la confianza, el conocimiento y la capacitación para hacerlo (Coates & Foureur, 2019; Higgins et al., 2018; Wadephul et al., 2018). La evidencia sugiere que las enfermeras pueden detectar adecuadamente la depresión perinatal, las expresiones de angustia psicológica a través de las culturas, y sus propias actitudes personales hacia la salud mental, con un entrenamiento mínimo (Noonan et al., 2019; Ransing et al., 2020), entre los cuales los espacios de capacitación on-line han demostrado ser capaces de mejorar el cuidado de la SMP (Wang et al., 2022). Pero el apoyo educativo y de capacitación en ausencia de vías de derivación y sistemas de apoyo profesional apropiados tienen pocos beneficios (Noonan, Galvin, et al., 2017).

CONCLUSIÓN

Enfermería es un actor clave en los equipos de salud, y como tal en la prevención y cuidado del sufrimiento psíquico. Como se mostró, el período perinatal es una etapa de gran vulnerabilidad y alta prevalencia de padecimiento mental, especialmente en poblaciones con gran desigualdad social, donde una de cada cuatro mujeres experimenta un problema de salud mental. Sin embargo, no hay investigaciones que valoren la magnitud de los problemas desde una perspectiva del sufrimiento psíquico, o describan cuidados efectivos de la salud mental de las parejas.

La capacitación de los profesionales sanitarios, y de enfermería en particular, en el cuidado de la salud mental de las personas gestantes y sus familias, disminuye las barreras de acceso, mejora la calidad de vida, y promueve a largo plazo el desarrollo de infancias saludables para que puedan alcanzar el florecimiento mental. De esta manera, es necesario profundizar los aportes que viene realizando enfermería desde la investigación y las asociaciones profesionales, para el desarrollo de cuidados de enfermería de la salud mental perinatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Nurse-Midwives. (2013). Depression in Women. *In Position Statement*. <https://www.midwife.org/acnm/files/ACNMLibraryData/UPLOADFILENAME/000000000061/Depression%20in%20Women%20May%202013.pdf>

Antoniou, E., Stamoulou, P., Tzanoulinou, M. D., & Orovou, E. (2021). *Perinatal Mental Health; The Role and the Effect of the Partner: A Systematic Review*. *Healthcare*, 9(11), 1572. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111572>

Appleton, A. A., Lin, B., Holdsworth, E. A., Feingold, B. J., & Schell, L. M. (2021). *Prenatal Exposure to Favorable Social and Environmental Neighborhood Conditions Is Associated with Healthy Pregnancy and Infant Outcomes*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6161. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116161>

Arefadib, N., Shafei, T., & Cooklin, A. (2022). *Barriers and facilitators to supporting women with postnatal depression and anxiety: A qualitative study of maternal and child health nurses' experiences*. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16252>

Bayrampour, H., Hapsari, A. P., & Pavlovic, J. (2018). *Barriers to addressing perinatal mental health issues in midwifery settings*. *Midwifery*, 59, 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.020>

Blount, A. J., Adams, C. R., Anderson-Berry, A. L., Hanson, C., Schneider, K., & Pendyala, G. (2021). *Biopsychosocial Factors during the Perinatal Period: Risks, Preventative Factors, and Implications for Healthcare Professionals*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8206. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158206>

Brown, H. K., Wilton, A. S., Ray, J. G., Dennis, C.-L., Guttmann, A., & Vigod, S. N. (2019). *Chronic physical conditions and risk for perinatal mental illness: A population-based retrospective cohort study*. *PLOS Medicine*, 16(8), e1002864. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002864>

Burger, M., Hoosain, M., Einspieler, C., Unger, M., & Niehaus, D. (2020). *Maternal perinatal mental health and infant and toddler neurodevelopment - Evidence from low and middle-income countries. A systematic review*. *Journal of Affective Disorders*, 268, 158–172. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.023>

Chen, J., Cross, W. M., Plummer, V., Lam, L., Sun, M., Qin, C., & Tang, S. (2019). *The risk factors of antenatal depression: A cross sectional survey*. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19–20), 3599–3609. <https://doi.org/10.1111/jocn.14955>

Coates, D., & Foureur, M. (2019). *The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review*. *Health & Social Care in the Community*, 27(4). <https://doi.org/10.1111/hsc.12740>

Cox, E. Q., Raines, C., Kimmel, M., Richardson, E., Stuebe, A., & Meltzer-Brody, S. (2017). *Comprehensive Integrated Care Model to Improve Maternal Mental Health*. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(6), 923–930. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.08.003>

Dadi, A. F., Miller, E. R., & Mwanri, L. (2020). *Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 416. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03092-7>

Darwin, Z., Galdas, P., Hinchliff, S., Littlewood, E., McMillan, D., McGowan, L., & Gilbody, S. (2017). *Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1229-4>

Dolman, C., Jones, I., & Howard, L. M. (2013). *Pre-conception to parenting: A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness*. *Archives of Women's Mental Health*, 16(3), 173–196. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0336-0>

Eastwood, J., Wang, A., Khanlari, S., Montgomery, A., & Yang, J. Y. H. (2021). *Psychosocial stratification of antenatal indicators to guide population-based programs in perinatal depression*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 277. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03722-8>

Eberhard-Gran, M., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Skrandal, A., & Eskild, A. (2003). *A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 551–556. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0679-3>

Faisal-Cury, A., Oliveira Rodrigues, D. M., Matijasevich, A., Tarpinian, F., & Tabb, K. (2022). *Prevalence and Associated Risk Factors of Suicidal Ideation Among Brazilian Pregnant Women: A Population-Based Study*. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.779518>

Faraone, S. (2013). *Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones*. *Salud Mental y Comunidad*, 3(3), 29–40.

Faulkner, M. R., Barker, L. C., Vigod, S. N., Dennis, C.-L., & Brown, H. K. (2020). *Collective impact of chronic medical conditions and poverty on perinatal mental illness: population-based cohort study*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(2), 158–163. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-212714>

Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R., & Fawcett, J. M. (2019). *The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period*. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(4). <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12527>

Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). *Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919–927. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b21651>

Fisher, J., de Mello, M. C., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmesf, W. (2012). *Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22423165/>

Fletcher, A., Murphy, M., & Leahy Warren, P. (2021). *Midwives' experiences of caring for women's emotional and mental well being during pregnancy*. *Journal of Clinical Nursing*, 30(9–10), 1403–1416. <https://doi.org/10.1111/jocn.15690>

Ford, E., Lee, S., Ayers, S., & Shakespeare, J. (2017). *Diagnosis and management of perinatal depression and anxiety in general practice: A meta-synthesis of qualitative studies*. *British Journal of General Practice*, 67(661), e538–e546. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X691889>

Foster, V. A., Harrison, J. M., Williams, C. R., Asiodu, I. v., Ayala, S., Getrouw-Moore, J., Davis, N. K., Davis, W., Mahdi, I. K., Nedhari, A., Niles,

P. M., Peprah, S., Perritt, J. B., McLemore, M. R., & Mask Jackson, F. (2021). *Reimagining Perinatal Mental Health: An Expansive Vision For Structural Change*. *Health Affairs*, 40(10), 1592–1596. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.00805>

Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). *Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries*. *The Lancet Psychiatry*, 3(10), 973–982. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30284-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30284-X)

Goedde, D., Zidack, A., Li, Y. H., Arkava, D., Mullette, E., Mullenney, Y., & Brant, J. M. (2021). *Depression Outcomes From a Fully Integrated Obstetric Mental Health Clinic: A 10-Year Examination*. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 27(2), 123–133. <https://doi.org/10.1177/1078390319897311>

Gomez, P. F., & Zylinski, V. S. (2011). *Seguridad Emocional y Cuidados de Enfermería*. En M. C. Cometto & P. F. Gomez (Eds.). *Enfermería y Seguridad de los Pacientes* (pp. 189–210). Organización Panamericana de la Salud.

Goodman, J. H. (2019). *Perinatal depression and infant mental health*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(3), 217–224. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.010>

Harvey, S. T., Fisher, L. J., & Green, V. M. (2012). *Evaluating the clinical efficacy of a primary care-focused, nurse-led, consultation liaison model for perinatal mental health*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 75–81. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00766.x>

Higgins, A., Downes, C., Monahan, M., Gill, A., Lamb, S. A., & Carroll, M. (2018). *Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: The Mind Mothers study*. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9–10), 1872–1883. <https://doi.org/10.1111/jocn.14252>

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). *Non-psychotic mental disorders in the perinatal period*. *The Lancet*, 384(9956), 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)

Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., & Buitelaar, J. K. (2004). *Prenatal Stress and Risk for Psychopathology: Specific Effects or Induction of General Susceptibility?* *Psychological Bulletin*, 130(1), 115–142. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.115>

Ierardi, J. A., Fantasia, H. C., Mawn, B., & Watson Driscoll, J. (2019). *The Experience of Men Whose Partners Have Postpartum Depression*. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(6), 434–444. <https://doi.org/10.1177/1078390319849102>

Kildea, S., Simcock, G., Liu, A., Elgbeili, G., Laplante, D. P., Kahler, A., Austin, M. P., Tracy, S., Kruske, S., Tracy, M., O'Hara, M. W., & King, S. (2018). *Continuity of midwifery carer moderates the effects of prenatal maternal stress on postnatal maternal wellbeing: the Queensland flood study*. *Archives of Women's Mental Health*, 21(2), 203–214. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0781-2>

Kingston, D., Kehler, H., Austin, M.-P., Mughal, M. K., Wajid, A., Vermeijden, L., Benzies, K., Brown, S., Stuart, S., & Giallo, R. (2018). *Trajectories of maternal depressive symptoms during pregnancy and the first 12 months postpartum and child externalizing and internalizing behavior at three years*. *PLOS ONE*, 13(4), e0195365. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195365>

Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., Patel, R., Shakespeare, J., Kotnis, R., & Kenyon, S. (2021). *Saving Lives, Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2017-19*.

Kohn, R. (2013). *La brecha de tratamiento en la región de las américas*. [Documento Técnico]. Informe preparado para la OPS. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-nivel-regional-7363&alias=23177-brecha-tratamiento-americas-177&Itemid=270&lang=es

Leach, L. S., Poyser, C., Cooklin, A. R., & Giallo, R. (2016). *Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review*. *Journal of Affective Disorders*, 190, 675–686. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.063>

Lederman, R. P., & Weis, K. L. (2020). *Psychosocial Adaptation to Pregnancy*. In *Psychosocial Adaptation to Pregnancy*. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-45738-9>

Lee, J. Y., Knauer, H. A., Lee, S. J., MacEachern, M. P., & Garfield, C. F. (2018). *Father-Inclusive Perinatal Parent Education Programs: A Systematic Review*. *Pediatrics*, 142(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0437>

Legere, L. E., Wallace, K., Bowen, A., McQueen, K., Montgomery, P., & Evans, M. (2017). *Approaches to health-care provider education and professional development in perinatal depression: A systematic review*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1431-4>

Livingston, J. D., Youssef, G. J., StGeorge, J., Wynter, K., Dowse, E., Francis, L. M., di Manno, L., Teague, S., Demmer, D., Collins, S., Wilford, E., Leach, L., Melvin, G. A., & Macdonald, J. A. (2021). *Paternal coping and psychopathology during the perinatal period: A mixed studies systematic review and meta-analysis*. *Clinical Psychology Review*, 86, 102028. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102028>

Ley 26.657 (2010). *Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias*. Congreso de la Nación Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley 26.743. (2012). *Ley de Identidad de Género*. Congreso de la Nación Argentina. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

Martínez, P., Nazif-Munoz, J. I., Rojas, G., & Magaña, I. (2022). *Structural gender inequalities and symptoms of postpartum depression in 40 countries*. *Journal of Affective Disorders*, 297, 381–385. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.014>

Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). *Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety?* *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 139–147. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00012-5)

Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Mors, O., & Mortensen, P. B. (2006). *New Parents and Mental Disorders*. *JAMA*, 296(21), 2582. <https://doi.org/10.1001/jama.296.21.2582>

Nagle, U., & Farrelly, M. (2018). *Women's views and experiences of having their mental health needs considered in the perinatal period*. *Midwifery*, 66, 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.07.015>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance Clinical guideline*. www.nice.org.uk/guidance/cg192

NG, K. L., Buvanaswari, P., Loh, L. W. L., Chee, C. Y. I., Teng, J. Y., Wang, W., & He, H.-G. (2021). *A descriptive qualitative study exploring the experiences of fathers with partners suffering from maternal perinatal depression*. *Midwifery*, 102, 103075. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103075>

Ngai, F.W., & Lam, W. (2021). *Stress, Marital Relationship and Quality of Life of Couples Across the Perinatal Period*. *Maternal and Child Health Journal*, 25(12), 1884–1892. <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03249-6>

Noonan, M., Galvin, R., Jomeen, J., & Doody, O. (2019). *Public health nurses' perinatal mental health training needs: A cross sectional survey*. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2535–2547. <https://doi.org/10.1111/jan.14013>

O'Connor, T., Heron, J., Golding, J., & Glover, V. (2003). *Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 1025–1036. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00187>

OMS. Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Determinantes e inequidades en salud*. En: *Salud en las Américas edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país*. OPS. https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=125&lang=es

OPS. Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud de nivel regional, subregional y nacional en la Región de las Américas, 2000-2019*. Portal de Datos ENLACE. <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>

Owais, S., Faltyn, M., Johnson, A. V. D., Gabel, C., Downey, B., Kates, N., & van Lieshout, R. J. (2019). *The Perinatal Mental Health of Indigenous Women: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 070674371987702. <https://doi.org/10.1177/0706743719877029>

Pantell, M. S., Baer, R. J., Torres, J. M., Felder, J. N., Gomez, A. M., Chambers, B. D., Dunn, J., Parikh, N. I., Pacheco-Werner, T., Rogers, E. E., Feuer, S. K., Ryckman, K. K., Novak, N. L., Tabb, K. M., Fuchs, J., Rand, L., & Jelliffe-Pawlowski, L. L. (2019). *Associations between unstable housing, obstetric outcomes, and perinatal health care utilization*. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 1(4), 100053. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2019.100053>

Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). *Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression*. JAMA, 303(19), 1961. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>

Philpott, L. F., Savage, E., FitzGerald, S., & Leahy-Warren, P. (2019). *Anxiety in fathers in the perinatal period: A systematic review*. Midwifery, 76, 54–101. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.013>

Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). *Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis*. The Lancet Global Health, 5(3), e290–e299. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9)

Prady, S. L., Endacott, C., Dickerson, J., Bywater, T. J., & Blower, S. L. (2021). *Inequalities in the identification and management of common mental disorders in the perinatal period: An equity focused re-analysis of a systematic review*. PLOS ONE, 16(3), e0248631. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248631>

Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L., & Stein, A. (2008). *The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49(10), 1069–1078. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02000.x>

Ransing, R., Kukreti, P., Raghuvver, P., Mahadevaiah, M., Puri, M., Pemde, H., Karkal, R., Patil, S., Nirgude, A., Kataria, D., Sagvekar, S., & Deshpande, S. N. (2021). *Development of a brief psychological intervention for perinatal depression*. Asia-Pacific Psychiatry, 13(1). <https://doi.org/10.1111/appy.12436>

Regan, P. (2011). *Listening Visits to Mothers' Suffering with Mild to Moderate Peri-Natal Depression; Critical Issues of Clinical Supervision, Training and Health Visiting Capacity to Tackle Health Inequalities*. Primary Health Care: Open Access, 01(01). <https://doi.org/10.4172/2167-1079.1000107>

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). *Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature*. General Hospital Psychiatry, 26(4), 289–295. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006>

Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). *Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>

Schneider, M. L., Moore, C. F., Kraemer, G. W., Roberts, A. D., & DeJesus, O. T. (2002). *The impact of prenatal stress, fetal alcohol exposure, or both on development: perspectives from a primate model*. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1–2), 285–298. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(01\)00050-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(01)00050-6)

Shorey, S., & Chan, V. (2020). *Paternal mental health during the perinatal period: A qualitative systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1307–1319. <https://doi.org/10.1111/jan.14325>

Smid, M. C., & Terplan, M. (2022). *What Obstetrician–Gynecologists Should Know About Substance Use Disorders in the Perinatal Period*. *Obstetrics & Gynecology*, 139(2), 317–337. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004657>

Stagnaro, J. C., Cía, A. H., Aguilar Gaxiola, S., Vázquez, N., Sustas, S., Benjet, C., & Kessler, R. C. (2018). *Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(2), 121–129. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1475-9>

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). *Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child*. *The Lancet*, 384(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)

Surkan, P. J., Kennedy, C. E., Hurley, K. M., & Black, M. M. (2011). *Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21836759/>

Sutter-Dallay, A. L., Giaconne-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E., & Verdoux, H. (2004). *Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort*. *European Psychiatry*, 19(8), 459–463. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.09.025>

Tol, W. A., Greene, M. C., Lasater, M. E., le Roch, K., Bizouerne, C., Purgato, M., Tomlinson, M., & Barbui, C. (2020). *Impact of maternal mental health interventions on child-related outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis*. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e174. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000864>

VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., & Cohen, L. S. (2017). *The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review*. *BMC Psychiatry*, 17(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1427-7>

Vlenterie, R., van Gelder, M. M. H. J., Anderson, H. R., Andersson, L., Broekman, B. F. P., Dubnov-Raz, G., el Marroun, H., Ferreira, E., Fransson, E., van der Heijden, F. M. M. A., Holzman, C. B., Kim, J. J., Khashan, A. S., Kirkwood, B. R., Kuijpers, H. J. H., Lahti-Pulkkinen, M., Mason, D., Misra, D., Niemi, M., ... Roeleveld, N. (2021). *Associations Between Maternal Depression, Antidepressant Use During Pregnancy, and Adverse Pregnancy Outcomes*. *Obstetrics & Gynecology*, 138(4), 633–646. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004538>

Wadephul, F., Jarrett, P. M., Jomeen, J., & Martin, C. R. (2018). *A mixed methods review to develop and confirm a framework for assessing midwifery practice in perinatal mental health*. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 2258–2272. <https://doi.org/10.1111/jan.13786>

Wang, T. H., Tzeng, Y.-L., Teng, Y.-K., Pai, L.-W., & Yeh, T.-P. (2022). *Evaluation of psychological training for nurses and midwives to optimise care for women with perinatal depression: a systematic review and meta-analysis*. *Midwifery*, 104, 103160. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103160>

Webb, R., Uddin, N., Ford, E., Easter, A., Shakespeare, J., Roberts, N., Alderdice, F., Coates, R., Hogg, S., Cheyne, H., Ayers, S., Clark, E., Frame, E., Gilbody, S., Hann, A., McMullen, S., Rosan, C., Salmon, D., Sinesi, A., ... Williams, L. R. (2021). *Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings: a systematic review*. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 521–534. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30467-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30467-3)

Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H. F., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., Costantino, M. L., Confer, A. L., Moses-Kolko, E. L., Famy, C. S., & Hanusa, B. H. (2013). *Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings*. *JAMA Psychiatry*, 70(5), 490. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>

Xiong, P. T., Poehlmann, J., Stowe, Z., & Antony, K. M. (2021). *Anxiety, Depression, and Pain in the Perinatal Period: A Review for Obstetric Care Providers*. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 76(11), 692–713.
<https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000958>

Zhang, L., Yang, Y., Li, M., Zhou, X., Zhang, K., Yin, X., & Liu, H. (2022). *The prevalence of suicide ideation and predictive factors among pregnant women in the third trimester*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 266.
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04590-6>