DEPRESIÓN POSPARTO Y RESPONSABILIZACIÓN MATERNA

Revisión exploratoria sobre agencia y acceso a la atención

Jose Miguel Rodríguez Ferrer [1] · Marta Casilda González Martínez[1] · Ana Manzano León[2]

Línea 3 · Salud mental y accesibilidad a los servicios de salud mental desde la perspectiva de género



[1] Universidad de Burgos · [2] Universiadad de Almería

29 Y 30 DE OCTUBRE DE 2026, UNIVERSIDAD DE OVIEDO

CONTENIDO

01 Introducción

02 Objetivos

03 Metodología

04 Resultados

05 Discusión

06 Conclusiones

07 Bibliografía

INTRODUCCIÓN

10-20 % de las mujeres sufren depresión posparto (OMS), con cifras superiores en contextos de menores recursos

- La respuesta asistencial dominante es **individual y biomédica**: cribar → diagnosticar → derivar → tratar.
- La crítica feminista vincula el malestar con el **reparto desigual de los cuidados**, el aislamiento y los **mandatos de maternidad**.
- **Responsabilización**: si el problema se localiza en la mujer, la respuesta se dirige a la mujer y la estructura queda fuera de la intervención.
- La paradoja: la mujer, **enferma y a la vez plenamente responsable** del bienestar del recién nacido.



¿Qué documenta realmente la investigación empírica sobre responsabilización materna, agencia y acceso a la atención?

OBJETIVOS

OBJETIVO 1

Mapear cómo documenta la literatura la **responsabilización individual** de las mujeres con depresión posparto y las consecuencias descritas sobre su **autonomía, agencia y participación** en las decisiones sanitarias.

OBJETIVO 2

Determinar en qué medida los estudios analizan el propio **marco biomédico y diagnóstico como productor** de esa responsabilización.

> *«¿Cómo documenta la literatura la responsabilización individual de las mujeres con depresión posparto, y qué consecuencias describe sobre su agencia y sobre su acceso a la atención en salud mental?»*
>
> Pregunta de revisión — formulada en términos descriptivos, no causales

METODOLOGÍA

Marco SPIDER, estrategia de búsqueda y criterios de exclusión

MARCO SPIDER

Componente	Definición operativa
S — Muestra	Mujeres durante el embarazo, el puerperio o el periodo perinatal, con especial atención a DPP o malestar emocional perinatal
PI — Fenómeno de interés	Responsabilización individual del malestar; culpa, estigma, mandatos de maternidad; autonomía, agencia y participación en decisiones
D — Diseño	Entrevistas, grupos focales, etnografía, estudios narrativos y fenomenológicos, análisis del discurso, análisis histórico-documental
E — Evaluación	Experiencias, significados y atribuciones de las mujeres; y análisis del marco asistencial y diagnóstico
R — Tipo de investigación	Estudios cualitativos, de métodos mixtos con componente cualitativo, históricos o de análisis del discurso

ECUACIÓN DE BÚSQUEDA

("postpartum depression" OR "postnatal depression" OR "perinatal depression" OR "maternal mental health")

AND (women OR mother* OR maternal)

AND (autonom* OR agency OR empowerment OR "decision making" OR "shared decision making" OR stigma* OR guilt OR blame OR responsibil* OR medicali* OR pathologi* OR "maternal identity" OR "motherhood ideology")

AND (gender OR feminist* OR "gender role*" OR "social norm*" OR "social determinant*")

Idéntica en ambas bases — WoS: TS= · Scopus: TITLE-ABS-KEY

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudios exclusivamente cuantitativos de prevalencia o de factores de riesgo
- Foco exclusivo en la depresión paterna o en la pareja
- Ensayos de eficacia, protocolos, guías clínicas y validaciones de instrumentos
- Población no perinatal
- Fenómenos adyacentes —violencia obstétrica, trauma del parto, duelo perinatal— sin foco en la responsabilización

METODOLOGÍA

DISEÑO Y BÚSQUEDA

- **Revisión exploratoria** (scoping review): Arksey & O'Malley y Levac et al.; reporte **PRISMA-ScR**
- Bases: **Web of Science** Core Collection y **Scopus** (3/9/2026)
- Sin restricción temporal: interés por la dimensión histórica del diagnóstico

BLOQUE 1
Depresión perinatal

BLOQUE 2
Mujeres y maternidad

BLOQUE 3
Agencia, culpa, estigma, medicalización

BLOQUE 4
Género, normas y determinantes sociales

Bloques combinados con AND; truncamientos y frases exactas

ELEGIBILIDAD Y SÍNTESIS

- **Población perinatal**: embarazo, puerperio o hasta 12 meses tras el parto
- Diseños **cualitativos, mixtos, históricos o de análisis del discurso**
- Foco: responsabilización, culpa, estigma, mandatos de maternidad, autonomía, participación, acceso
- Inglés y castellano; revistas revisadas por pares
- Síntesis: **análisis temático deductivo** sobre una matriz de **ocho categorías** predefinidas
- Codificación adicional: orientación de la respuesta propuesta (individual frente a estructural o comunitaria)

COMBATIMOS TODAS LAS ENFERMEDADES,
INCLUIDA LA INJUSTICIA

RESULTADOS

Selección de los estudios (flujo PRISMA 2020)



Solapamiento bajo entre bases: **39** solo en WoS · **78** solo en Scopus · **43** en ambas — ninguna base habría sido suficiente por sí sola

PRINCIPALES MOTIVOS DE EXCLUSIÓN (n = 121)

41 diseño no elegible (prevalencia, factores de riesgo, ensayos) · **27** no aborda responsabilización, agencia ni acceso · **16** protocolos, guías clínicas y validaciones · **14** población no perinatal · **12** foco exclusivo en la pareja o en la depresión paterna · **6** fenómeno adyacente (violencia obstétrica, trauma del parto, duelo) · **5** otros

RESULTADOS

El corpus — 39 estudios (1995–2026)

PROCEDENCIA GEOGRÁFICA



India, Ghana, Kenia, Nigeria, Etiopía, Nepal, Pakistán, Bangladesh, Zimbabue, Vietnam, China, Hong Kong, Israel, Canadá, Suecia, Países Bajos, Reino Unido, Australia y Estados Unidos

UN RASGO DEL CORPUS

Concentración de estudios sobre **poblaciones vulnerabilizadas**: mujeres racializadas, migrantes y refugiadas, minorías étnicas, madres adolescentes, mujeres de renta baja y contextos rurales de países de renta baja y media.

La responsabilización se documenta allí donde las condiciones de vida hacen más visible el peso de lo estructural.

DISEÑOS

- Predominio de **entrevistas** semiestructuradas y en profundidad y **grupos focales**
- Estudios fenomenológicos e interpretativos
- 4 etnografías
- 2 análisis histórico-documentales
- Análisis del discurso de literatura psiquiátrica y de prensa
- 5 revisiones o análisis conceptuales
- Muestras de **2 a 133** participantes

RESULTADOS

Frecuencia de las ocho categorías temáticas (n = 39)



RESULTADOS

El hallazgo central — describir el daño sin interrogar el marco

85 %

33 de 39 estudios nombran determinantes estructurales del malestar perinatal

VS

46 %

18 de 39 toman el marco biomédico o diagnóstico como objeto de análisis

21 estudios identifican las causas estructurales del malestar sin problematizar el modelo asistencial que las individualiza.

Se documenta el daño y se deja intacto el marco que lo produce.

COMBATIMOS TODAS LAS ENFERMEDADES,
INCLUIDA LA INJUSTICIA

RESULTADOS

Experiencias documentadas y orientación de las respuestas

LO QUE DOCUMENTA LA EXPERIENCIA

- **Estigma (56 %)** — consistente en todos los contextos: *anticipado* (inhibe la búsqueda de ayuda), *familiar y comunitario* (penaliza la expresión) e *internalizado* (silenciamiento)
- **Mandato de maternidad ideal (41 %)**: la «buena madre» abnegada entra en conflicto con la experiencia real — incongruencia emocional y ruptura identitaria
- **Culpa explícita (15 %) y bebé sobre la mujer (15 %)**: baja frecuencia compatible con una jerarquía tan naturalizada que rara vez se formula como objeto de análisis
- La agencia también como **ejercicio activo**: estrategias propias de bienestar, resistencia a lecturas patologizantes y redefinición colectiva del diagnóstico

CÓMO RESPONDE LA LITERATURA

87 %

34 de 39 orientan la respuesta hacia lo **estructural o comunitario**; solo 5 se limitan a lo individual

Desajuste llamativo: se recomienda masivamente transformar el contexto **sin examinar el marco** desde el cual se define el problema.

ALERTA PARA LA PRÁCTICA

Una intervención comunitaria en Zimbabue **reforzó relaciones patriarcales** al apoyarse en las capacidades de cuidado de las mujeres.

Ampliar servicios no garantiza por sí solo una atención sensible al género.

DISCUSIÓN

UN SESGO EN LA GENERACIÓN DE EVIDENCIA

La responsabilización materna está **ampliamente documentada** en la experiencia de las mujeres —estigma, restricción de la autonomía, exclusión de las decisiones, mandatos de maternidad— de forma consistente y transcultural. Lo que no está documentado con la misma amplitud es **el análisis del modelo que produce esos efectos**: el desequilibrio entre el 85 % y el 46 % constituye, en sí mismo, un sesgo de género en la producción de conocimiento.

UN MATIZ PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA

La afirmación de que *el modelo biomédico responsabiliza a las mujeres* no puede sostenerse como hallazgo consolidado de la literatura empírica: es una **hipótesis** que un subconjunto minoritario de estudios examina directamente y que la mayoría del corpus presupone sin analizar.

> Los términos de referencia del V Congreso señalan la necesidad de **identificar y superar sesgos en la generación de evidencia científica desde la perspectiva de género**.

COMBATIMOS TODAS LAS ENFERMEDADES,
INCLUIDA LA INJUSTICIA

DISCUSIÓN

Implicaciones para la accesibilidad a los servicios públicos

1

BARRERAS ANTICIPATORIAS

Las mujeres no acceden porque **prevén ser juzgadas**, no porque el servicio no exista. Ampliar la oferta sin modificar el marco interpretativo no elimina esa barrera.

2

CRIBADO SIN CONTEXTO

El cribado universal, sin una respuesta que actúe sobre el contexto, **intensifica la individualización**: más mujeres identificadas como casos, con un recurso individual para un problema estructural.

3

EVALUAR LO ESTRUCTURAL

Evaluar los programas también por su efecto sobre la **distribución del trabajo de cuidados**, no solo por las puntuaciones de sintomatología.

La salud mental de la mujer es un derecho propio, no un medio para el bienestar infantil.

CONCLUSIONES

1 La responsabilización materna en la depresión posparto está **ampliamente documentada** en la experiencia de las mujeres —estigma, restricción de la autonomía, exclusión de las decisiones sanitarias y mandatos de maternidad—, de forma consistente en contextos geográficos y económicos muy diversos.

2 Existe un **desequilibrio verificable** en la literatura: el 85 % nombra determinantes estructurales del malestar, pero solo el 46 % analiza el marco biomédico que lo individualiza. Ese desequilibrio constituye un **sesgo de género en la generación de evidencia**.

3 La accesibilidad a la salud mental perinatal **no se resuelve únicamente ampliando el cribado y el tratamiento**: las barreras documentadas son en buena medida anticipatorias y normativas, y una intervención puede mejorar indicadores de salud mental y, simultáneamente, reforzar la asignación de género del trabajo de cuidados.

4 Reconocer la salud mental de la mujer como un **derecho propio** —y no como un medio para el bienestar infantil— determina qué resultados se miden y, por tanto, qué se considera un servicio de salud eficaz y equitativo.

Limitaciones principales: codificación realizada sobre resúmenes (no textos completos); búsqueda limitada a WoS y Scopus; cribado sin doble revisión independiente; protocolo no registrado previamente; sin valoración de la calidad metodológica.

BIBLIOGRAFÍA

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19–32.

Brown, T., Datta, K., & Fernando, S. (2022). Gender, caring work, and the embodiment of kufungisisa. *Health & Place, 78*, 102935.

Fahlquist, J. N. (2016). Experience of non-breastfeeding mothers: Norms and ethically responsible risk communication. *Nursing Ethics, 23*(2), 231–241.

Godderis, R. (2010). Precarious beginnings: Gendered risk discourses in psychiatric research literature about postpartum depression. *Health, 14*(5), 451–466.

Keefe, R. H., Brownstein-Evans, C., & Polmanteer, R. S. R. (2018). The challenges of idealized mothering. *Affilia, 33*(2), 221–235.

Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science, 5*, 69.

Metzl, J. M., & Angel, J. (2004). Assessing the impact of SSRI antidepressants on popular notions of women's depressive illness. *Social Science & Medicine, 58*(3), 577–584.

Molenaar, J., Hanlon, C., Alem, A., et al. (2020). Perinatal mental distress in a rural Ethiopian community. *BMC Psychiatry, 20*, 271.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement. *BMJ, 372*, n71.

Parker, A. (2026). Decolonizing infant mental health: Black maternal mental health decision-making. *Infant Mental Health Journal, 47*(3).

Ringenary, H. L., & Gerstein, E. D. (2026). Expanding reproductive autonomy: A critical review. *Women's Reproductive Health*.

Smirnova, M., & Gatewood Owens, J. (2019). The new mothers' little helpers: Medicalization, victimization, and criminalization of motherhood. *Deviant Behavior, 40*(8), 957–970.

Taylor, V. (1995). Self-labeling and women's mental health: Postpartum illness and the reconstruction of motherhood. *Sociological Focus, 28*(1), 23–47.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., et al. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR). *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467–473.

Referencias seleccionadas. Las estrategias de búsqueda completas y la matriz de codificación están disponibles a solicitud.

GRACIAS

COMBATIMOS TODAS LAS ENFERMEDADES, INCLUIDA LA INJUSTICIA

[Nombre autor/a 1] · [correo de contacto]

29 Y 30 DE OCTUBRE DE 2026, UNIVERSIDAD DE OVIEDO