

Depresión posparto: tamizaje, uso de servicios y barreras para su tratamiento en centros de atención primaria

GRACIELA ROJAS^{1,2}, VIVIANA GUAJARDO^{1,2},
PABLO MARTÍNEZ^{2,3,4,a}, ROSEMARIE FRITSCH¹

Screening and barriers for treatment of postpartum depression in Chilean public primary health care centers

Background: Postpartum depression (PPD) is a public health issue, and appropriate screening may lead to clinical gains. **Aim:** To describe the screening for PPD, its relationship with the use of health care services, and treatment access barriers in Chilean public primary health care (PHC) centers. **Material and Methods:** Puerperal women attending PHC centers for a well-child check-up were assessed for the presence of PPD using the Edinburgh Postnatal Depression Scale and a structured psychiatric interview. PPD cases were assessed by telephone three months later. Also, women with PPD and PHC workers were interviewed to explore treatment barriers. **Results:** Of the 305 women assessed, 21% met diagnostic criteria for PPD. Sixty five percent of assessed women were previously screened for PPD while attending well-child check-ups. The results of the screening were communicated to 60% of them and 28% received some management indication. After three months of follow up, 70% of PPD cases continued to be depressed, and two thirds of them did not consult a health care provider and most of them rejected psychotherapy or medical treatment. **Conclusions:** Management of postpartum depression should be substantially improved in public PHC from screening to treatment.

(Rev Med Chile 2018; 146: 1001-1007)

Key words: Mass Screening; Postpartum, Depression; Primary Health Care; Treatment Adherence and Compliance.

Una de cada cinco mujeres que viven en países de ingresos medios y bajos sufren de depresión posparto (DPP)¹. Las consecuencias de esta sobre el funcionamiento materno, neurodesarrollo y desempeño conductual en los infantes, junto a las dificultades de los profesionales de la atención primaria de salud (APS) para detectarla, hacen de esta patología un desafío para la salud pública¹.

En Chile, estudios efectuados en la década pasada estimaron la prevalencia de DPP entre 20% y 40% en la APS^{2,3}. Para mejorar la calidad

de los servicios de salud materna en la APS, se ha implementado un tamizaje universal para la DPP y vinculación de los casos positivos con el programa de depresión⁴.

La implementación del tamizaje para la DPP en la APS mejora las tasas de detección y es aceptable para madres y profesionales de la salud⁵, sin embargo, las tasas de tamizaje son menores a 2% en el subsistema privado⁶ y se desconocen en el subsistema público –que atiende a más de 80% de la población chilena^{7–}.

¹Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago, Chile.

²Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Santiago, Chile.

³Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.

⁴Centro de Innovación en Tecnologías de la Información para Aplicaciones Sociales CITIAPS, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.

^aEstudiante del Programa de Doctorado en Psicología de la Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Santiago de Chile. Santiago, Chile.

Fuente de Apoyo Financiero.

Este estudio fue financiado por el Ministerio de Salud de Chile, a través de la licitación ID 4127-41-LE12. La organización que proporcionó la ayuda financiera no tuvo influencia en el diseño de estudio; ni en la recolección, análisis o interpretación de los datos; ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

Recibido el 25 de enero de 2018, aceptado el 30 agosto de 2018.

Correspondencia a:
Pablo Martínez
Escuela de Psicología, Facultad de Humanidades, Universidad de Santiago de Chile.
Ecuador 3650, Estación Central, Santiago, Chile.
pablo.martinezd@usach.cl

Comprendiendo que el tamizaje para la DPP es parte del proceso de diagnóstico y acceso a tratamiento de esta patología⁸, el objetivo de la presente comunicación es describir el tamizaje para la DPP, su relación con el uso de servicios y las barreras de acceso a tratamiento para la patología en la APS del subsistema público de salud chileno.

Material y Método

Se llevó a cabo un estudio observacional que utilizó métodos mixtos en un diseño secuencial explicativo, con un primer componente cuantitativo y un segundo cualitativo⁹.

Se seleccionaron 6 establecimientos de APS en comunas urbanas de la Región Metropolitana (RM). Para ello se escogió el establecimiento que registró la mayor cantidad de niños en control sano del segundo mes de vida en cada uno de los seis servicios de salud (SS) de la RM, durante el período enero-septiembre de 2012.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, y la de cada comité de ética de los SS de la RM, y efectuado entre diciembre de 2012 y mayo de 2013.

Componente cuantitativo

Entre diciembre de 2012 y febrero de 2013 se llevó a cabo un estudio de series de casos¹⁰ en los establecimientos APS participantes.

En la sala de espera de cada uno de los establecimientos, se contactó, de manera consecutiva, a las puérperas que se presentaron a control de niño sano de los 2 y 6 meses para invitarlas a participar en el estudio y ser evaluadas para determinar su elegibilidad por un psicólogo entrenado. Los criterios de inclusión fueron tener 18 y más años y dar su consentimiento informado. Se excluyó a aquellas que estuvieran incapacitadas para contestar los cuestionarios o que no tuviesen acceso a telefonía. Las mujeres fueron evaluadas telefónicamente una semana después del reclutamiento para el registro de datos basales sociodemográficos, ginecoobstétricos, depresión, y de uso de servicios de salud. A los tres meses, se contactó telefónicamente a las mujeres que en la evaluación basal fueron diagnosticadas con DPP, y se les aplicó una entrevista de seguimiento que reevaluó los síntomas depresivos y el uso de servicios.

La evaluación de síntomas depresivos se realizó con la versión chilena de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)^{11,12}, instrumento de autorreporte de 10 preguntas, con un puntaje de 10 o más para la detección de posibles casos. Para diagnosticar DPP, se utilizó el módulo respectivo de la entrevista psiquiátrica estructurada *Neuropsychiatric Interview* (MINI), que explora los principales trastornos psiquiátricos del DSM-IV y de la CIE-10^{13,14}. Para el registro del uso de servicios se confeccionó un instrumento de autorreporte *ad-hoc* aplicado de manera inmediata tras el EPDS, que incluyó preguntas abiertas y cerradas sobre el proceso de tamizaje (por ejemplo: “¿Le hicieron estas preguntas en el consultorio?”, “¿Quién se las hizo?”, “¿Le dijeron el resultado?”, entre otras), y preferencias de tratamiento en salud mental (por ejemplo: “¿Cree Ud. Que necesita un tratamiento psiquiátrico o psicológico?”, “¿Qué esperaría usted de un tratamiento psiquiátrico o psicológico?”, “¿Qué debería cambiar el tratamiento?”, entre otras). Las preguntas sobre las preferencias de tratamiento en salud mental fueron solo aplicadas en la evaluación de seguimiento.

Se calculó un tamaño de muestra mínimo de 300 mujeres puérperas –50 por cada establecimiento de salud– utilizando una prevalencia de 20,7% de DPP en mujeres de escasos recursos atendidas en la APS chilena, reportado por Alvarado et al¹⁵. Esto permitiría el reclutamiento de una muestra aproximada de 60 mujeres con DPP. Para la estimación del tamaño de muestra se utilizó el *software* estadístico Stata 12.0¹⁶.

Se efectuaron análisis de estadísticas descriptivas para una caracterización de la muestra, evaluación del tamizaje para la DPP, y del uso de servicios de las muestras basales y al seguimiento. Mediante asociaciones bivariadas se exploró la incidencia de ser un posible caso de DPP (según el EPDS) en el proceso de tamizaje.

Componente cualitativo

Se llevaron a cabo dos estudios cualitativos^{17,18} para explorar las barreras de acceso a tratamiento para la DPP.

Estos estudios fueron efectuados en los establecimientos de APS participantes, entre enero y abril de 2013. Utilizando un muestreo intencionado, fueron invitadas a participar del estudio puérperas deprimidas y los profesionales vinculados a su atención de salud. Tras obtener el consentimiento

informado, se efectuaron entrevistas individuales con cada participante. Uno de los estudios complementó estas entrevistas con observaciones realizadas en las salas de espera de los centros de salud y notas de campo¹⁸. Mayores detalles de los procedimientos específicos de selección de participantes, recolección de información y análisis de los datos fueron descritos previamente^{17,18}.

Para efectos de los resultados presentados, se empleó la síntesis temática como metodología de análisis de datos cualitativos para reunir e integrar los principales hallazgos de los estudios citados¹⁹.

Resultados

Componente cuantitativo

Características de la muestra

Consintieron en participar 337 mujeres, excluyéndose a 3 por no estar en control de niño sano y no pudiéndose contactar a 29 en la semana siguiente al reclutamiento. En las 305 mujeres

evaluadas basalmente, 121 resultaron ser posibles casos de DPP y 20,7% (n = 63) tenía DPP, estas últimas se constituyeron en la serie de casos. Las características de la evaluación basal se muestran en la Tabla 1.

A los tres meses de seguimiento, se obtuvieron datos para 56 de los 63 casos diagnosticados en la evaluación basal. Esta muestra obtuvo una media de 13 puntos (desviación estándar 7,5) en el EPDS, y, según el mismo instrumento, 69,6% (n = 39) de estas participantes mantuvieron su estatus de posibles casos de DPP.

Proceso de tamizaje

De las 305 mujeres evaluadas inicialmente, 64,9% (n = 198) declaró haber realizado el tamizaje de DPP en los controles de niño sano. La comunicación de resultados por parte del profesional que las atendió fue reportada por 119 mujeres (60,1% de las realizó el tamizaje), y en 55 casos (27,9% de las que realizó tamizaje) las participan-

Tabla 1. Características de las participantes en la evaluación basal (n = 305)

Edad, años		27,1 (6,5)
Estado civil	Soltera	193 (63,3)
	Conviviente	34 (11,2)
	Casada	61 (20,0)
	Separada/divorciada	16 (5,3)
	Viuda	1 (0,3)
Vive con	Pareja	165 (54,1)
	Padres	84 (27,5)
	Pareja y padres	22 (7,2)
	Sola con hijos	21 (6,9)
	Otros	13 (4,3)
12 o más años de escolaridad		207 (67,9)
Actualmente se encuentra trabajando		93 (30,5)
Número de hijos		2,0 (1,0)
Embarazo planificado		129 (42,3)
No recibe ayuda con cuidado al bebé		116 (38,0)
Puntaje EPDS		8,4 (7,1)
Posibles casos de DPP (EPDS)		121 (39,7)
Episodio depresivo actual (MINI)		63 (20,7)
Episodio depresivo previo		111 (37,1)
Historia de tratamiento para la depresión		83 (74,8)

Nota: Los datos son media (desviación estándar) o frecuencia (porcentaje). El denominador de historia de tratamiento para la depresión son los casos con episodio depresivo previo. EPDS: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo. DPP: Depresión Posparto. MINI: *Mini Neuropsychiatric Interview*.

tes recibieron alguna indicación del profesional, siendo la derivación a psicólogo la más frecuente ($n = 29$). Dieciséis mujeres refirieron haber cumplido con las indicaciones, siendo los motivos más habituales para no cumplir con estas los problemas con asignación de horas en APS ($n = 11$), la falta de tiempo ($n = 7$) y los problemas con el profesional tratante o el tratamiento recibido ($n = 6$).

En comparación a las mujeres bajo el punto de corte en el EPDS, los posibles casos de DPP tuvieron una menor chance de realizar el tamizaje en la APS (*Odds Ratio* [OR] 0,57; $\chi^2 = 5,5$, $p = 0,019$), aunque una vez que les fue aplicado el tamizaje tuvieron una mayor probabilidad de recibir indicaciones de parte del profesional de salud a cargo (OR 8,35; $\chi^2 = 40,4$, $p = 0,000$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la comunicación de resultados del tamizaje, ni el cumplimiento de las indicaciones, de acuerdo al estatus de posible caso de DPP.

A los tres meses de seguimiento, de las 56 mujeres con DPP (serie de casos) que pudieron ser evaluadas, 48,2% ($n = 27$) declaró haber realizado el tamizaje. Entre las que realizaron el tamizaje, 17 señalaron haber sido informadas de los resultados, y 19 haber recibido alguna indicación –siendo la derivación a psicólogo la más frecuente, con 9 casos. Nueve participantes refirieron haber cumplido con las indicaciones, y entre los motivos para no cumplimiento de indicaciones, nuevamente, los problemas con asignación de horas en APS fue el más frecuente ($n = 6$).

Entre las mujeres de la serie de casos que pudo ser evaluada al seguimiento, mantener el estatus de posible caso de DPP no incidió en el proceso de tamizaje.

Uso de servicios de salud y preferencias de tratamiento en salud mental

A las 56 mujeres con DPP que pudieron ser evaluadas, se les consultó por el uso de servicios de salud durante los 3 últimos meses (Tabla 2) y sus preferencias de tratamiento (Tabla 3). Dos tercios de estas participantes no había consultado con profesional de salud por su DPP en los últimos tres meses, y la mayoría rechazó la posibilidad de recibir psicoterapia o medicamentos.

Componente cualitativo

Las mujeres deprimidas construyeron una narrativa en la que se han visto expuestas a si-

tuaciones de abandono en su historia de vida y han sufrido episodios depresivos previos. Ellas reconocieron haberse sentido vulneradas durante el período perinatal, recibiendo escaso apoyo social y enfrentando conflictos significativos en las relaciones interpersonales con otros. La mención a un embarazo no deseado fue transversal. “Quizá esto se deba a las circunstancias bajo las que dicho embarazo ocurrió (no fue “bonito”)” y manifestaron un cambio acentuado en el padecimiento de sintomatología depresiva durante el puerperio, viendo afectadas sus relaciones interpersonales y sus actividades cotidianas, evidenciando preocupación por su capacidad para cuidar a su bebé, labor en la que suelen percibir escaso apoyo.

La construcción del discurso sobre la DPP lleva a las usuarias y a los proveedores de salud a plantear una etiología psicosocial de la DPP, esto puede comportar dificultades para que las mujeres identifiquen su malestar como algo patológico, revelando la falta de un discurso social sobre la DPP. Este fenómeno se encuentra estrechamente ligado a un ideal de maternidad que puede resultar punitivo para aquellas mujeres que experimentan sentimientos de desajustes con esta nueva función, volviéndose reacias a utilizar los servicios de salud debido al miedo a la escasa validación de los síntomas y a ser juzgadas como “malas madres”.

Tabla 2. Uso de servicios de salud (últimos 3 meses) (n = 56)

Consultas a profesionales de salud por DPP	18 (32,1)
Consumo de antidepresivos	4 (7,1)
Descontinúa con el uso de fármacos	2 (50,0)

Nota: Los datos son frecuencia (porcentaje). Para la discontinuación del uso de fármacos, el denominador fue participantes que consumieron antidepresivos. DPP: Depresión posparto.

Tabla 3. Preferencias de tratamiento en salud mental (n = 56)

Necesidad de tratamiento psiquiátrico/ psicológico	39 (69,6)
Prefiere tratamiento individual	30 (53,6)
Prefiere psicoterapia	27 (48,2)
Prefiere antidepresivos	19 (33,9)

Nota: Los datos son frecuencia (porcentaje).

La revalorización del consultorio como un espacio relacional que excede a la situación de consulta, permite ver cómo en la sala de espera de los centros de salud se pone en juego una trama relacional que replica las ideas convencionales sobre la maternidad.

Tanto en estos lugares, como en los testimonios maternos, se expresa una sobrecarga diferencial de trabajo doméstico y de cuidados que demanda su constante movilización entre instancias formales e informales de cuidados de la salud, en una situación de recursos y tiempo limitados, en que los múltiples roles que ejecutan en su cotidianidad compiten con el acceso a los servicios de salud y el cuidado de su propia salud.

En cuanto a la percepción que las madres tienen sobre los servicios disponibles, más allá de la escasa adecuación contextual de algunas de las indicaciones que brindan los profesionales, destaca que la psicoterapia es rechazada por ineficaz, y el tratamiento medicamentoso es considerado un elemento riesgoso.

Discusión

Una cantidad importante de mujeres realizan el tamizaje para la DPP en los establecimientos de APS estudiados, siendo considerablemente superior a lo registrado en la red privada de salud en Chile⁵, y alcanza cifras comparables a las de países desarrollados⁸. Este es un antecedente importante, ya que si bien existe controversia en torno a los beneficios del tamizaje universal²⁰, este puede presentarse como oportunidad para iniciar un tratamiento adecuado o indagar a tiempo sobre ideación suicida²¹.

En este estudio, la realización del tamizaje pudo promover el contacto inicial de posibles casos de DPP con los servicios de salud mental materna en la APS, aunque esto no se tradujo en acceso a tratamiento. En la literatura, este fenómeno ha sido descrito como uno de los déficits acumulativos en el continuo de cuidados de la DPP²², destacando la necesidad de cursos de acción integrados, desde la detección hasta la prevención de recaídas, y que consideren las especificidades de las circunstancias vitales de las mujeres para el éxito en el manejo de la DPP^{23,24}.

Las púerperas reportaron problemas con la asignación de horas en los establecimientos de

APS como obstáculo para el acceso a tratamiento. Esto sugiere que acoger la demanda resultante en la APS, de manera oportuna, es prerequisite para obtener beneficios clínicos tras el tamizaje^{8,23}. Complementariamente, la síntesis temática señala un conjunto de dificultades que afrontan las mujeres con DPP para obtener atención en salud mental semejantes a las reportadas en otros estudios²⁵, que evidencian la pérdida de control como aspecto que trasciende los distintos contextos y a los servicios de salud como último recurso^{25,26}.

En forma adicional, la vivencia de experiencias traumáticas en la infancia, los conflictos interpersonales con otros significativos durante el período perinatal y el antecedente de episodios depresivos previos en las mujeres con DPP, según se identificó en la síntesis temática, es concordante con reconocidos factores de riesgo para la DPP de acuerdo a la literatura internacional¹. Esto debe constituirse en un argumento a favor de la detección oportuna de factores de riesgo y tamizaje de la DPP durante el embarazo, en acuerdo a los protocolos vigentes del Ministerio de Salud en la materia²⁷.

Este estudio es el primero que aborda el acceso a tratamiento para la DPP en la APS chilena incorporando métodos mixtos, lo que facilita una mayor comprensión respecto de las condiciones bajo las que se puede dar la continuidad de cuidados para esta patología. Si bien la muestra fue obtenida en los establecimientos de APS más populosos de la RM, esto limita la generalización de resultados a establecimientos más pequeños, y puede no ser representativa de la realidad nacional. Cabe destacar que los datos sobre el tamizaje fueron obtenidos mediante autorreporte de las púerperas participantes, lo que pudo haber introducido un sesgo importante en los resultados de este estudio, aunque para minimizar el riesgo de sesgo, las participantes fueron evaluadas una semana después de efectuado el control de niño sano –instancia en la que realizan el tamizaje. No obstante, este procedimiento también implicó riesgos para el tamaño de la muestra, dado que se perdió el contacto con 29 mujeres que inicialmente habían consentido en participar.

Es necesario mejorar el acceso a tratamiento de las mujeres con DPP, perfeccionando el proceso de tamizaje, capacitando a los profesionales de salud en entrevistas motivacionales, alineando los procesos clínicos con los administrativos para facilitar la asignación de horas y adecuando la

oferta de servicios a sus necesidades. En definitiva, se necesita lograr una mayor motivación de las mujeres y que los tratamientos psicológicos ofrecidos estén más orientados a la resolución de los problemas cotidianos de las mujeres, además de promover una colaboración más estrecha entre los distintos profesionales de salud.

Agradecimientos: Este estudio recibió apoyo del Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la Iniciativa Científica Milenio, Proyecto IS130005.

Referencias

- Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry* 2016; 3 (10): 973-982.
- Organisation for Economic Development and Cooperation. How's life in Chile?. Paris: OECD; November 2017.
- Jadresic E, Nguyen DN, Halbreich U. What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)? *J Affect Disord* 2007; 102 (1-3): 237-43.
- Ministerio de Salud de Chile. Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años. Gobierno de Chile: Santiago; 2008.
- Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Med Chile* 2008; 136 (7): 851-8.
- Figueroa-Leigh F, Rojas P, Castañón C. Screening for postpartum depression in a private health care network in Chile. *Fam Pract* 2015; 32(4): 431-5.
- Goic A. El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Med Chile* 2015; 143 (6): 774-86.
- Yawn BP, Olson AL, Bertram S, Pace W, Wollan P, Dietrich AJ. Postpartum depression: screening, diagnosis, and management programs 2000 through 2010. *Depress Res Treat* 2012; 2012: 363964.
- Creswell JW, VL Plano Clark. *Designing and conducting mixed methods research*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, EE.UU., 2011.
- Dekkers OM, Egger M, Altman DG, Vandenbroucke JP. Distinguishing case series from cohort studies. *Ann Intern Med* 2012; 156 (1 Pt 1): 37-40.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
- Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16 (4): 187-91.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-33.
- Bobes J, González MP, Sáiz PA, Bousoño M, Iglesias C, Bascarán MT et al. La MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview): una familia de entrevistas de ayuda diagnóstica en Psiquiatría y Atención Primaria. En: Gutiérrez M, Ezcurra J, González A, Pichot P, editores. *Psiquiatría y otras especialidades médicas*. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998; 401-19.
- Alvarado R, Vera A, Rojas M, Olea E, Monardes J, Neves E. La Escala de Edimburgo para la detección de cuadros depresivos en el posparto. *Rev Psiquiat* 1992; 3-4: 1177-81.
- StataCorp. 2011. Stata Statistical Software: Release 12. College Station, TX: StataCorp LP.
- Rojas G, Santelices MP, Martínez P, Tomicic A, Reinel M, Olhaberry M, et al. Barreras de acceso a tratamiento para la depresión posparto en centros de atención primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Rev Med Chile* 2015; 143 (4): 424-32.
- Martínez P, Rojas G, Magaña I. Análisis etnográfico en salas de espera de centros de salud primaria: implicancias para la detección y tratamiento de la depresión posparto. *Ter Psicol* 2015; 33 (2): 59-68.
- Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic review. *BMC Med Res Methodol* 2008; 8: 45.
- McLintock K, Foy R, House A, Alderson SL. A policy of universal screening for depression: caution needed. *BMJ* 2016; 353: i2174.
- O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women. *JAMA* 2016; 315 (4): 388-406.
- Cox EQ, Sowa NA, Meltzer-Brody SE, Gaynes BN. The perinatal depression treatment cascade: baby steps toward improving outcomes. *J Clin Psychiatry* 2016; 77 (9): 1189-200.
- Olin SS, Kerker B, Stein REK, Weiss D, Whitmyre ED, Hoagwood K, et al. Can postpartum depression be managed in pediatric primary care? *J Womens Health (Larchmt)* 2016; 25 (4): 381-90.
- Olin SS, McCord M, Stein REK, Kerker BD, Weiss D,

- Hoagwood KE, et al. Beyond screening: a stepped care pathway for managing postpartum depression in pediatric settings. *J Womens Health (Larchmt)* 2017; 26 (9): 996-75.
25. Mollard EK. A qualitative meta-synthesis and theory of postpartum depression. *Issues Ment Health Nurs* 2014; 35 (9): 656-63.
26. Hadfield F, Wittkowski A. Women's experiences of seeking and receiving psychological and psychosocial interventions for postpartum depression: a systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *J Midwifery Womens Health* 2017; 62 (6): 723-36.
27. Ministerio de Salud de Chile. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto, y apoyo al tratamiento. Gobierno de Chile: Santiago; 2014.