

Trabajo final de Grado
Licenciatura en Psicología

**El rol del psicólogo
en el ámbito de la Psicología Perinatal**

Artículo de revisión

Estudiante: Rosa Mariana Olaverry Rodríguez

C.I.: 3.242.659-3

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Instituto de Psicología de la Salud
Género, salud reproductiva y sexualidades

Octubre, 2018

Montevideo, Uruguay

Agradecimientos:

A **Jorge**, por acompañarme y guiarme en cada camino, por apoyarme y creer en mí incondicionalmente, por estar siempre.

A **Gabriela**, por elegirme como su mamá, brindándome la posibilidad de descubrir cada día este maravilloso camino de aprendizaje.

A **todos** aquellos que de diferentes formas estuvieron a mi lado alentándome en cada etapa de mi trayectoria académica.

A **Carolina**, por abrirme las puertas y dejarme descubrir este sorprendente mundo a investigar.

¡A TODOS MUCHAS GRACIAS!

Introducción al Trabajo Final de Grado

El presente artículo se elabora para la obtención del título final de grado de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

El objetivo fue realizar una exhaustiva búsqueda y revisión bibliográfica acerca del rol que desempeña el psicólogo en el ámbito de la Psicología Perinatal, destacando la importancia de su labor profesional y la necesidad de su presencia en los servicios sanitarios. La elección del tema es una motivación personal, debido a la experiencia vivida en el Seminario “Psicología de la Salud Reproductiva y Perinatal” donde constaté la falta de intervención profesional en el área que se vivencia en las instituciones sanitarias en nuestro país. Por mi condición de madre, soy consciente de todos los cambios físicos, psicológicos y emocionales que experimenta una mujer durante su embarazo, parto y puerperio, situaciones donde se hace necesario un acompañamiento profesional que brinde contención y sostén. Profundizando aún más en el rol del psicólogo perinatal tomé conciencia de la importancia de la labor de este profesional de la salud sobre todo en momentos críticos como un parto de alto riesgo, una pérdida gestacional, una depresión post parto o de una fertilización asistida.

Dado que la presentación del TFG en la *modalidad artículo de revisión* implica seguir las pautas de una revista científica y arbitrada, se elige la *Revista Perinatología y Reproducción Humana* (México), ya que aborda todos los temas relacionados con la salud materna, salud perinatal y salud reproductiva, considerándose acorde al propósito de este trabajo. El mismo se realiza bajo sus normativas de autor, lo que establece una extensión máxima de 7.500

palabras, organizado en apartados y subapartados claramente definidos, donde se incluye título, resumen y palabras claves en español e inglés. Si bien la revista está basada en las normas internacionales de Vancouver, para la elaboración de este artículo de revisión, se utilizó la sexta edición (2017) de las Normas APA según los criterios de TFG de la Facultad de Psicología.

Considero necesario concientizar sobre este vacío profesional existente y generar evidencia para que sea contemplada la inclusión del psicólogo perinatal en los servicios de salud en Uruguay, brindando de este modo, la necesaria cobertura psicológica que los futuros padres, necesitan y merecen, actuando ya sea desde la psicoeducación como forma de prevención hacia futuros conflictos o patologías o desde la prevención y promoción de salud durante la gestación, parto y puerperio.

Resumen

El presente artículo muestra una revisión de la literatura e investigaciones más recientes sobre las diversas modalidades de intervención que llevan adelante los psicólogos en el ámbito de la Psicología Perinatal, ya sea en países latinoamericanos como en España, destacando la importancia de esta labor profesional, con la intención de reflexionar sobre la necesidad y urgencia de desarrollar y explorar esta disciplina de la Psicología en nuestro país. Se mantiene presente además la necesidad de llevar adelante un trabajo interdisciplinario dentro de las instituciones sanitarias. La temática se estudia en torno al marco legal que rige nuestro país desde el año 2008 donde la Salud Sexual y Reproductiva forma parte de nuestros derechos. Los resultados obtenidos ponen de relieve algunas de las demandas y necesidades de madres y padres, así como el tipo de intervención psicológica más adecuada de acuerdo a su condición. A modo de conclusión se destacan los resultados positivos que las diferentes intervenciones han brindado y se plantea la necesidad de desarrollar el nuevo campo disciplinar de la Psicología Perinatal en Uruguay.

Palabras claves: rol del psicólogo, psicología perinatal, modos de intervención, derechos sexuales y reproductivos.

Abstract

This article shows a review of the most recent literature and research on the different intervention modalities carried out by psychologists in the field of Perinatal Psychology, either in Latin American countries or in Spain, highlighting the importance of this professional work, with the intention to reflect on the need and urgency to develop and explore this discipline of Psychology in our country. The need to carry out an interdisciplinary work within the health institutions is also present. The theme is studied around the legal framework that governs our country since 2008, where Sexual and Reproductive Health is part of our rights. The results obtained highlight some of the demands and needs of mothers and fathers, as well as the most appropriate type of psychological intervention according to their condition. By way of conclusion, the positive results that the different interventions have provided are highlighted and the need to develop the new disciplinary field of Perinatal Psychology in Uruguay is raised.

Key words: role of psychologist, perinatal psychology, ways of intervention, sexual and reproductive right.

1. Introducción

La Psicología Perinatal representa una nueva disciplina de la Psicología y por lo tanto, un nuevo campo interdisciplinar de actuación para el psicólogo, campo que todavía no se visibiliza en nuestro país, más allá que el actual marco legal se haya ampliado, incorporando los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

El término Psicología Perinatal se consolidó con la fundación en Alemania de la Asociación Internacional de Psicología y Medicina Pre y Perinatal (ISPPM, 1971) y la creación en Estados Unidos de la Asociación de Psicología y Salud Pre y Perinatal (APPPAH, 1983), su orientación se focaliza en la promoción de la salud mental en lo relativo a la concepción, embarazo, parto y puerperio así como a la prevención de patologías en salud mental de la mujer durante estas etapas (Sánchez, 2013).

Su rol radica en favorecer y acompañar en el camino para lograr un embarazo, nacimiento y un vínculo temprano de la madre con su bebé de una manera saludable; así como también el acompañamiento en la crianza hasta aproximadamente los tres años (Sánchez et al, 2013).

Se ha convertido en estas décadas en una disciplina en sí misma debido al enorme desarrollo que ha tenido la temática perinatal desde una perspectiva psicosocial (Defey, 2014).

Bianco (2013) sostiene que el embarazo, el parto y la experiencia de transformación de mujer a mujer-madre son parte del ciclo vital, y como

protagonista de su maternidad, cada mujer tiene derecho a vivenciar un parto digno y respetado.

Desde finales del siglo XIX se comenzó a enfatizar en la importancia de una adecuada relación de cuidado y protección desde el momento del nacimiento, marcando que los dispositivos biológicos de este recién nacido, serán modulados por las dimensiones afectivas, sociales y culturales, garantizando la supervivencia de éste y su sano desarrollo (Villa, Giraldo, Ramírez, Orozco y Blanco, 2016).

Tal es así que el concepto actual de la atención de la embarazada considera los aspectos psicoafectivos, culturales y sociales relacionados con la maternidad, sin embargo en la práctica hospitalaria, el apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto es todavía una excepción en vez de brindarse en forma habitual (Cantero et. al, 2010).

1.1. Derechos sexuales y reproductivos

Según López (2013) el término derecho reproductivo fue un aporte del movimiento feminista hacia los años ochenta, donde se ubicaron como derechos humanos los asuntos vinculados a la salud, al cuerpo y a la autodeterminación reproductiva de la mujer. Posteriormente surge el término derecho sexual como estrategia política y como una forma de distinguir teóricamente la reproducción de la sexualidad. Es recién en el 2008 cuando en Uruguay se crea la Ley 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y

Reproductiva, la que puede considerarse como un marco de protección y promoción de la salud sexual y reproductiva (López, 2013).

En el Art. 3, inc. C de esta ley (Uruguay, Poder Legislativo, 2008), se plantea “promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados”. También el Ministerio de Salud Pública elaboró una *Guía en Salud Sexual y Reproductiva*, la cual consta de un Manual de Atención para la Mujer en Proceso de embarazo, parto y puerperio y desde el año 2001 nuestro país cuenta con la Ley 17386, “de acompañamiento al parto y nacimiento” que establece que toda gestante tendrá derecho a ser acompañada durante el trabajo de parto y parto (vaginal o cesárea) por su pareja o por quien ella elija.

De todas maneras, para que los derechos realmente se ejerzan es necesario el acompañamiento de políticas públicas donde se visibilicen modos de gestión y la organización de los servicios de salud que generen las condiciones necesarias para la realización eficaz de éstos (López, 2013).

Es sustancial además la formación de profesionales que puedan intervenir respetando y protegiendo los derechos de las personas a las decisiones sexuales y reproductivas, que si bien la Ley 18.426 establece para los psicólogos un lugar dentro de los equipos de salud, todavía permanece como desafío la formación integral de éstos, dentro de marcos teóricos, metodológicos, técnicos y éticos (López, 2013).

Si bien Uruguay cuenta con un marco legal que ya fue establecido, para su total y real implementación falta aún la actuación constante y continua del psicólogo perinatal dentro de los equipos de salud de las instituciones sanitarias y más aún, una formación académica que respalde su desempeño y le brinde las herramientas necesarias para lograr un trabajo eficiente e interdisciplinario. Sin embargo otros países de la región ya comenzaron a obtener logros en el tema y poco a poco las diferentes formas de intervención psicológicas se han visibilizado.

2. Material y método

Para el presente artículo de revisión se realizó una búsqueda sistemática de estudios, investigaciones, ensayos y artículos de revistas arbitradas acerca del rol del psicólogo perinatal y sus diferentes modos de intervención. Se utilizaron diversos motores de búsqueda como SCIELO, TIMBÓ, REDALYC, RESEARCHGATE, GOOGLE ACADÉMICO, así como también revisiones de tesis doctorales, de maestrías y libros publicados en torno al tema, empleándose palabras claves como: *Psicología Perinatal, embarazo, parto, puerperio, intervenciones psicológicas, rol del psicólogo perinatal, depresión postparto, pérdida gestacional, fertilidad asistida* y términos vinculados a la temática como: *etapa perinatal, maternidad, paternidad, intervenciones perinatales, duelo materno, infertilidad, reproducción asistida, vínculo perinatal*, entre otros. Dentro del material seleccionado, se tomaron 20 artículos publicados en español, que detallan resultados de investigaciones realizadas

frente a situaciones de intervención psicológica ante diversos acontecimientos perinatales.

La producción científica analizada se orientó hacia publicaciones de autores hispanoamericanos y españoles, definiéndose para la búsqueda un período de tiempo entre el año 2013 y 2018, aunque se tomaron también algunos trabajos anteriores por considerarse antecedentes importantes en el campo de la Psicología Perinatal y en el tema en cuestión. Se toma un artículo elaborado en el 2011 que si bien no está dentro del período de años exigidos para este Trabajo Final de Grado, se considera importante debido a que investiga como ha incidido la labor del psicólogo perinatal en los equipos de salud.

3. Resultados

A continuación se detallan los resultados obtenidos comenzando por la literatura encontrada en cuanto a lo que es en sí el rol del psicólogo en el ámbito perinatal, el trabajo interdisciplinario que realiza y lo abarcativo de la Psicología Perinatal como disciplina todavía en crecimiento. Se muestran estudios que aportan datos en cada uno de los modos de intervención durante el embarazo, parto y puerperio, ya sea en condiciones de bajo riesgo como de alto riesgo, llegando incluso a la pérdida gestacional. Además se analiza bibliografía que detallan resultados de intervenciones de psicólogos en procesos de fertilización asistida.

3.1. Rol del Psicólogo Perinatal

Echeverría (2013) plantea que atendiendo primero al significado de la palabra “rol” y recurriendo al Diccionario de la Real Academia Española, encontramos que es equivalente a “papel” o sea la parte de la obra dramática que cada actor deberá estudiar y recitar, ya que el término rol se origina en el antiguo teatro griego. Haciendo referencia a las Ciencias Sociales, el término rol se vincula a la noción de posición, donde estaría implícita la conducta que se espera del que ocupa una determinada posición, por lo tanto responder al rol del psicólogo se vincula con responder a qué hace, por qué lo hace, cómo lo hace, para qué lo hace, a demanda de quién lo hace, en otras palabras significa hablar de su práctica profesional (Echeverría, 2013).

Un psicólogo cuya actividad se realiza en el ámbito de lo perinatal, es un psicólogo que se desempeña en el área de la Psicología de la Salud. Esta disciplina surge como una alternativa al modelo biomédico tradicional, reduccionista, donde solo se prestaba atención a las causas biológicas y químicas de la enfermedad y donde el concepto de salud era inseparable del concepto de enfermedad (Oblitas, 2008).

Es recién en 1974 cuando la O.M.S.(Organización Mundial de la Salud) propone una definición de salud más abarcativa, “es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”, de esta forma atendiendo a los aspectos psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y de su tratamiento, diversas disciplinas de la psicología como la clínica, experimental, social, fisiológica, etc. se reúnen en 1978 para conformar la

división de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la psicología de la salud (Oblitas, 2008).

El rol de un psicólogo perinatal estará dirigido a abordar los cambios emocionales y psicológicos que se producen durante el proceso de maternidad, desde la preconcepción hasta la crianza, con el objetivo de aumentar el bienestar y la salud de la mujer, el bebé y la familia, fomentando las capacidades, habilidades y autoestima de la mujer y tratando las dificultades que puedan surgir por el camino (Sánchez, 2013).

Cuando se refiere a dificultades, Sánchez (2013) menciona: la ansiedad, miedo o intranquilidad durante el embarazo, las dificultades para concebir, el miedo al parto, los trastornos por estrés postraumático ante un parto muy difícil, la depresión postparto, dificultades con la lactancia, dificultades de adaptación a la maternidad o la paternidad, el duelo por la pérdida del bebé, el desarrollo de un vínculo seguro con el bebé, el nacimiento de un bebé prematuro, el desarrollo de la primera infancia.

Si una madre puede afrontar adecuadamente las etapas del embarazo, parto y puerperio favorecerá el desarrollo de un apego seguro con su(s) bebé(s) y contribuirá a evitar un apego no adaptativo (evitativo, ambivalente o desorganizado) lo que a su vez, colaborará en la prevención de futuros trastornos (Sánchez et al, 2013).

El psicólogo perinatal debe trabajar en prevención, cuidado, apoyo, diagnóstico e intervención, debe estar focalizado en la promoción de la salud mental en la

concepción, embarazo, parto, puerperio y crianza y en la prevención de patologías en salud mental (Sánchez, 2013).

Nieri (2012) sostiene que el psicólogo perinatal opera bajo la metáfora de “psicólogo de trinchera”, opera mientras suceden los hechos, es por eso que debe tener flexibilidad teórica y práctica. El rol de la “trinchera” hace referencia al desempeño profesional en un aquí y en un ahora, resolviendo problemáticas actuales, rompiendo con los esquemas tradicionales, con el encuadre clínico tradicional (Nieri, 2012).

Tomando las palabras de Oiberman (2001), menciona que trabaja ahí donde el paciente se encuentre, al lado de la cama, frente a la incubadora, en los pasillos, en la sala de internación conjunta, en parto o en la misma sala de parto (Nieri, 2012).

Una buena preparación psicológica para el parto favorece un nacimiento placentero para la madre y el bebé, dejando una impronta de salud en ambos protagonistas, y la elaboración psicológica de eventos traumáticos como cesáreas, abortos o pérdidas, es fundamental para afrontar una nueva maternidad desde un sano equilibrio psicoemocional y la recuperación del sentido de la responsabilidad de la mujer adulta frente a decisiones fundamentales para su salud (Bianco, 2013).

El rol del psicólogo perinatal es sostener, poner palabras a las emociones, aún a las más primitivas, transformar esas emociones en palabras, gestos, posturas, sostener y cuidar no solo a la madre y su familia sino también a los profesionales de la salud involucrados (Echeverría, 2013).

Debe intervenir allí donde el entramado discursivo se haya roto y/o debilitado, poner el cuerpo, facilitar la comunicación, co-construir un espacio en donde poder habitar lo a veces inhabitable, innombrable, incomunicable (Echeverría, 2013).

Existe una demanda de acompañamiento psicoterapéutico en el tratamiento de trastornos ligados a una experiencia negativa del embarazo, parto o puerperio, pero también está la demanda de madres y padres que buscan sostén en la construcción de su nuevo rol como padres (Bianco, 2013).

Una de las funciones importantes del psicólogo perinatal es promocionar el trabajo en red con otros profesionales (comadrona, médico, obstetra, asesores en lactancia, doulas, psiquiatras, etc.) para un abordaje integral y respetuoso de la maternidad entre todos (Bianco, 2013).

3.2. Trabajo interdisciplinario

Para que el trabajo de la Psicología Perinatal sea efectivo es necesario un enfoque multidisciplinar, un enfoque que recoja y comparta los conocimientos y la práctica de otras ramas profesionales como Medicina de Atención Primaria, Ginecología, Pediatría, Enfermería, Doulas, Trabajo y Educación Social (Sánchez et. al., 2013).

Meritxel Sánchez (2013), psicóloga perinatal española sostiene que se debe hacer hincapié en la importancia de la labor interdisciplinaria, la unión ante un objetivo común, permitiendo la existencia de un espacio para la detección temprana y actuación preventiva en situaciones que requieran de una

contención emocional no solo para la madre y su familia, sino el poder crear espacios en los equipos, poder brindar la contención psicológica y emocional que pueda necesitar el propio equipo ante situaciones emocionalmente estresantes.

Es necesario abordar situaciones cotidianas desde toda su complejidad, construir un diálogo simétrico donde el intercambio de saberes sea el eje del vínculo entre todos los actores profesionales y donde se incluya además a los integrantes del colectivo social (Cardella y Yedaide, 2016).

Las psicólogas argentinas María Soledad Santos y Alicia Oiberman (2011) haciendo referencia a la labor que desempeñan en su país, sostienen que se requiere del trabajo codo a codo de profesionales de diversas disciplinas que trabajando en equipo aborden la salud materno-infantil desde una perspectiva integral e integradora, y mencionan además que hasta el momento la atención de la salud de la madre puérpera y su bebé se ha visto fragmentada debido a que ha sido abordada básicamente por un enfoque médico.

Así la Psicología Perinatal se inserta en diferentes áreas de la atención perinatal: las Salas de Internación obstétrica y guardia obstétrica, pre-parto, parto y cesáreas (de urgencia o programadas), salas de internación conjunta madre-hijo, consultorio de Psicología de la primera infancia: consultorio pediátrico de niños sanos y consultorio de seguimiento de niños de alto riesgo; Unidad de Cuidados intensivos neonatales (Santos y Oiberman, 2011).

Kerikian (2011) realiza una investigación denominada *“Efectos de una práctica: la Psicología Perinatal en la Fundación Hospitalaria”*, llevada a cabo en Buenos Aires, con el objetivo de analizar la presencia de psicólogos perinatales

en la Institución sanitaria, interviniendo desde las guardias neonatológicas y obstétricas, trabajando con grupos de padres de bebés internados en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) y desarrollando además una tarea de evaluación y seguimiento del desarrollo psicomotor en consultorios. La investigación utilizó entrevistas semi-estructuradas aplicadas a los trabajadores de la institución, dando como resultado cambios muy significativos: sentimientos de alivio en el personal, se observó una visión más humana del momento del nacimiento, y se manifestó un mayor grado de contención de los pacientes.

3.3. Modos de intervención durante el embarazo de bajo y alto riesgo

El embarazo o gestación es el período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Todo el organismo se ve afectado por las modificaciones del sistema circulatorio, del sistema respiratorio, así como las modificaciones metabólicas que tenderán a cubrir las necesidades energéticas del feto y de la madre, es un proceso de constante adaptación (Romeu, Rodríguez, Vázquez, de Dios y Díaz, 2017).

Es un momento de gran neuroplasticidad tanto en la madre como en el bebé, los cambios cerebrales que conlleva la maternidad son neuroquímicos, morfológicos y funcionales y están destinados a garantizar la crianza y supervivencia del recién nacido (Olza, Marín y Gil, 2012).

Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de una mujer y será necesario que la madre elabore estrategias para

llevar a cabo el cuidado del recién nacido, la personalidad de la mujer va a determinar en gran medida la forma en que se va a afrontar esta nueva condición (Marín et. al. 2008).

En la década del 60 el psiquiatra y psicoanalista John Bowlby investiga la necesidad humana universal de formar vínculos afectivos, dio cuenta de la existencia de un apego o vínculo entre el niño y el adulto que le cuida, lo definió como “un sistema comportamental innato, propio de los seres humanos, que se activa en situaciones de amenaza o aflicción” (Bowlby, 1989, p.242).

Este apego tiene la finalidad de recuperar el bienestar a través de comportamientos que están destinados a recibir cuidado, apoyo y protección del cuidador, el cual debe mantener cierta disponibilidad y actitud receptiva, lo que a la vez está determinado por sus propias experiencias pasadas, cuidador que por lo general es la madre, pero puede estar representado por otras figuras (Bowlby, 1989).

Es por eso que el embarazo se caracteriza por una creciente sensibilidad emocional y una necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios para poder vincularse afectivamente con el recién nacido (Olza, Marín y Gil, 2012).

Si bien casi toda mujer ha tenido desde niña la fantasía de ser madre, la noticia del embarazo puede a la vez generar una mezcla de sentimientos, desde la felicidad hasta sentimientos de inseguridad, miedo o hasta el rechazo y estas ambivalencias se dan aun cuando se desea al futuro bebé (Maldonado-Durán, Saucedo-García y Lartigue, 2008).

Monique Bydlowski, psiquiatra francesa, dio origen al término “transparencia psíquica” (Bydlowski, 2007) para describir el estado psíquico que se desarrolla gradualmente y que se caracteriza por un resurgir de los recuerdos del pasado, la madre revive los conflictos que ella misma pudo haber tenido con su madre y sus propias experiencias de haber sido hija (Maldonado-Durán, Saucedo-García y Lartigue, 2008).

Villa et al (2016) presentan una revisión bibliográfica y análisis documental sobre el vínculo prenatal, de una investigación desarrollada en Colombia, mostrando claramente que la resignificación del vínculo afectivo y estilo vincular previo a la experiencia del embarazo, dota de valor a la madre, mejora su autoestima y su autoconcepto, ayuda a mantener vínculos saludables con su hijo/a luego del nacimiento, y colabora en mejores resoluciones de futuras problemáticas, de ahí que el artículo sugiere además la importancia de una educación para la salud, que debería corresponderle al equipo de psicólogos perinatales de la institución.

Gómez, Aldana, Carreño y Sánchez (2006) destacan dentro de las manifestaciones emocionales durante el embarazo, por un lado las de tipo depresivo como un ajuste a la situación transitoria que se vive, provocando fluctuaciones en el estado de ánimo, hipersensibilidad emocional, pesimismo, preocupación e interés significativo por su salud, sentimientos de tristeza por la pérdida del estado anterior, resentimiento por la pérdida de independencia y atractivo personal, (aunque paradójicamente también tiende a elevarse la autoestima de la mujer que vive el embarazo como un logro); alteraciones psicológicas y emocionales como consecuencia de una reactivación de

conflictos anteriores al embarazo, abusos, consumo de drogas, períodos de abstinencia de sustancias, duelos por pérdidas de hijos anteriores, etc.

Durante el tercer trimestre suele ser predominante el miedo al parto y al afrontamiento de la futura maternidad y crianza del bebé (Prieto, 2013).

El cerebro materno se ve influido por hormonas que actúan inhibiendo la respuesta al estrés del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, interviniendo en el desarrollo de la conducta materna, es importante que la mujer no se vea sometida a estresores para que estas neurohormonas se mantengan en reposo, de tal forma que la oxitocina se acumule y no se produzca el parto de manera prematura (Romero, Olza, Fernández y Aler Gay, 2012).

En esta etapa hay riesgo de padecer síntomas ansiosos y depresivos si no se dispone de recursos de afrontamiento y sentimientos de autoeficacia para gestionar la nueva situación, por lo tanto el apoyo del sistema de salud por parte de matronas, médicos, psicólogos perinatales, doulas es fundamental para informar, educar y entrenar a la madre en habilidades de afrontamiento y crianza del bebé (Prieto, 2013).

Olhaberry et. al (2013) publican un estudio de revisión bibliográfica sobre intervenciones psicológicas focalizadas en reducir la depresión y/o favorecer un vínculo madre-infante positivo desde el embarazo hasta los dos años del niño/a. Se consideraron 27 estudios publicados entre los años 1996 y 2012, llevados a cabo en países como EEUU, Chile, Australia, Pakistán, Inglaterra, México. Las intervenciones reportadas como exitosas, incluyeron: brindar información acerca de ser padres primerizos con entrega de material educativo, terapias de autoayuda basadas en el modelo cognitivo-conductual con un

apoyo telefónico semanal basadas en la resolución de problemas, mantener pensamientos saludables, cuidados del futuro bebé, equilibrio y bienestar (Olhaberry et. al, 2013).

Otras intervenciones agregaron trabajos grupales y visitas domiciliarias, uso de masajes terapéuticos llevados a cabo por la pareja, por personas significativas o por un experto o intervenciones de psicoterapia interpersonal individual llevadas a cabo durante 12 semanas. Todas ellas reportaron resultados positivos mejorando la sintomatología depresiva, reduciendo el número de partos prematuros, mejorando el vínculo de pareja (Olhaberry et. al, 2013).

Las autoras publican además otro estudio llevado a cabo en Chile con 134 embarazadas, durante el 2012 y 2013, con el objetivo de implementar y evaluar una intervención grupal para embarazadas deprimidas de bajos ingresos, dirigida a reducir la sintomatología depresiva materna y promover la sensibilidad materna postparto. Se trabajó sobre el manejo de la depresión, el vínculo madre-bebé y aspectos relevantes sobre la crianza de niños pequeños, basados en planteamientos teóricos sobre el apego, trabajando con videos, material presentado en cartillas e incorporando elementos del enfoque cognitivo-conductual. (Olhaberry et. al, 2015).

Se observaron resultados positivos en la interacción madre-bebé mediante evaluaciones posteriores al parto, mejorías en las dimensiones adaptativas al embarazo, mayor sensibilidad materna y cooperatividad infantil, todo lo que lleva a las autoras a respaldar el valor terapéutico de las intervenciones (Olhaberry et.al, 2015).

Gómez López (2018) elabora una *Guía de atención psicológica de la mujer con complicaciones obstétricas*, ofreciendo al personal de salud, pautas para comprender no solo la sintomatología sino el gran impacto emocional que tienen en la mujer embarazada, mostrando formas de diagnóstico e intervenciones psicológicas adecuadas.

Por complicaciones obstétricas refieren a todas aquellas condiciones que conlleven un riesgo de mortalidad materna y perinatal, donde se requiere una acción inmediata ya sea del personal médico como del psicólogo perinatal: amenaza de parto prematuro, hemorragia obstétrica, enfermedades graves, restricción del crecimiento intrauterino, entre otras (Gómez López, 2018).

Las intervenciones recomendadas son psicoeducación, psicoterapia, acompañamientos y clarificación de las emociones, favorecer la expresión y manejo de éstas, proporcionar estrategias para que la pareja intervenga, entre otras (Gómez López, 2018).

Maldonado-Durán y Lecannelier (2008) afirman que también el padre sufre cambios durante el embarazo, por ejemplo cambios hormonales, disminución del nivel sérico de la testosterona, aumento de la prolactina y cortisol que según se cree están relacionadas con un mayor interés, ternura y conductas sensibles hacia el hijo/a, así como mayor concentración en el parto. Los autores recalcan que muchos padres sienten ambivalencia ante el embarazo: ansiedad respecto a su propia madurez (ya que implica dejar de ser adolescente), conflictos internos relacionados con su rol (qué es ser padre, cómo ha de comportarse, si podrá proveer lo necesario), temor al futuro, sentimientos de competencias hacia el feto, expectativas de la sociedad,

preocupaciones económicas, todo lo que genera cambios comportamentales que pueden ir desde el insomnio, irritabilidad, fatiga, a dolores físicos, cefaleas, falta de concentración y sentimientos de ansiedad.

En los últimos cuarenta años se observa que el padre se aleja de su antigua imagen autoritaria para construir una nueva, más protagónica en la crianza de los hijos y vinculada a los sentimientos (Lupica, 2009). La autora cita diferentes relevamientos que realizaron otros autores (Barker, 2008 y Aguayo 2003) sobre intervenciones en regiones de Latinoamérica que trabajan la promoción de una paternidad más comprometida y activa que van desde grupos de apoyo a la maternidad y paternidad juveniles (Argentina y Brasil), instancias educativas y de capacitación en guarderías para aprender el cuidado de los niños (Tobago, Brasil, Chile y Jamaica), creación de grupos de padres para ayudarlos con atención de problemas de salud infantil (Haití), campañas educativas en medios de comunicación (México y Brasil), campañas en lugares de trabajo (Brasil). Todas las intervenciones reportan resultados positivos.

3.4. Intervenciones en el parto de bajo y alto riesgo

A partir del parto el cuerpo físico del bebé comienza a funcionar separado del cuerpo de la madre, pero el bebé y su madre siguen fusionados en el mundo emocional (Gutman, 2003).

El abordaje de las necesidades ligadas al parto y posterior cuidado del recién nacido ha estado presente desde el inicio de la humanidad, de manera

instintiva se han desarrollado acompañamientos y preparativos que han variado en función de la época y el contexto socioeconómico (Sánchez et. al., 2013).

Una investigación realizada en Galicia (España) con el fin de atender a las expectativas y demandas de embarazadas en el proceso de parto, dio como resultado: la necesidad de un trato más empático y humano, el deseo de recibir más información durante todo el proceso favoreciendo así la toma de decisiones, favorecer un mejor manejo del dolor y promover la seguridad durante todo el proceso, bajando así los niveles de incertidumbre (Ferreiro-Losada et.al, 2013).

El acompañamiento a la embarazada y su familia en la gestación y nacimiento refleja la idea de una actitud activa de disponibilidad y disposición junto con un sentido de respeto por los tiempos y las opciones de las mujeres en relación con su vida, su cuerpo y su familia (Defey, 2014).

Oiberman, Santos y Nieri (2011) presentan la construcción de un *dispositivo en salud mental perinatal*, que permite la expresión de emociones y problemáticas en los momentos inmediatos al parto, con una modalidad de trabajo consistente en una guardia hospitalaria diaria, acompañando la guardia neonatológica y obstétrica, tiene como técnica fundamental la entrevista semidirigida.

Este trabajo permitió comprobar que la palabra emerge a partir de que el psicólogo “pone el cuerpo” junto al de la madre, al del niño y al equipo médico (Oiberman, Santos y Nieri, 2011)

La palabra contribuye a facilitar la dimensión emocional de la maternidad y ubicar al niño en el encadenamiento histórico familiar, posibilitando su

“nacimiento psicológico”, palabra que a través de la historia comenzó a desaparecer en beneficio de la tecnificación del nacimiento (Oiberman 2001).

En casos de un nacimiento prematuro o una patología neonatal, ante una internación en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) el desafío para un psicólogo perinatal será el establecimiento del vínculo madre-bebé en la incubadora (Nieri, 2012).

La autora publica un trabajo sobre las formas de intervención en estas circunstancias, creando un ambiente de soporte emocional y adecuada comunicación no solo con la familia del bebé internado sino también colaborando en la comunicación con el equipo médico, con el fin de traducir y transmitir el lenguaje técnico de los médicos. Este trabajo tuvo además el objetivo de sistematizar una guía para poder intervenir con naturalidad ante el sufrimiento de los padres y familiares (Nieri, 2012).

Así también Romina Izzedin-Bouquet de Durán (2011) reflexionando sobre el papel que juega un psicólogo en el Servicio de Neonatología, menciona que cuando se atiende a la diada madre-hijo los objetivos son: facilitar el desarrollo de la relación, optimizar la interacción entre ambos, ayudar a la madre a entender a su hijo, disminuir los niveles de culpabilidad, aumentar la autoestima, disminuir el rechazo que pueda llegar a presentar la madre frente al bebé y apaciguar las ansiedades.

3.5. Modos de intervención en el puerperio

Los trastornos del estado de ánimo del puerperio como tristeza postparto (baby blues), depresión postparto y psicosis postparto tienen una alta prevalencia en muchos países del mundo, afectando la salud física y emocional de la madre, del recién nacido y de la pareja, produciendo gran inestabilidad en el entorno familiar y social de quien la padece (Medina-Serdán, 2013).

La autora elige un artículo de revisión bibliográfica sobre estudios e investigaciones desarrolladas mostrando diferentes formas de intervención desde la psicología, abordando su tratamiento mediante opciones de intervención individual o grupal utilizando enfoques cognitivos conductuales donde se pueda informar, educar, afrontar las angustias, fortalecer el vínculo madre-hijo y la relación de pareja, disminuir las situaciones estresantes, etc. (Medina-Serdán, 2013).

Así mismo, las psicólogas argentinas Nieri, Amaya y González (2018) investigaron la estrecha relación existente entre la ansiedad prenatal y la depresión materna postparto, así como las variables sociodemográficas que actúan como factores de riesgo para experimentar depresión: edad materna y de la pareja, edad y sexo del hijo, nivel de estudios, situación laboral paterna y materna, cantidad de hijos, embarazo planificado y clase social.

Lo hallado en la investigación, puede ser de gran valor para la detección y tratamiento temprano, previniendo por ejemplo posteriores amenazas de partos prematuros o colaborando para establecer un vínculo sano madre-hijo (Nieri, Amaya y González, 2018).

3.6. Modos de intervención ante la pérdida gestacional

Si bien el nacimiento es un proceso fisiológico, incluso los embarazos de bajo riesgo pueden sufrir complicaciones llegando en algunos casos a una pérdida gestacional.

Oviedo, Urdaneta, Parra y Marquina (2009) realizan una revisión bibliográfica con el fin de comprender los cambios adaptativos emocionales de la mujer ante la pérdida, proceso que encierra connotaciones éticas, filosóficas, religiosas, que según las autoras, todo el personal de salud debería tomar en cuenta.

Se relatan además, las vivencias emocionales por las que transita el propio personal de salud, que no ha sido entrenado para enfrentar la muerte (Oviedo, Urdaneta, Parra y Marquina, 2009).

Se muestran intervenciones individuales y/o grupales fomentando la actitud de escucha, superando el dolor para poder reiniciar la vida, transitando el duelo, trabajando la culpa y la frustración, además se sugiere capacitar al personal de salud en el desarrollo de habilidades que permitan manejar el duelo, formar equipos multidisciplinarios y elaborar una Guía o protocolo del manejo del duelo materno para las instituciones sanitarias (Oviedo, Urdaneta, Parra y Marquina, 2009).

En España se realiza una investigación con el objetivo de conocer la experiencia vivida por profesionales de la salud, ante situaciones de muerte y duelo perinatal, describiendo estrategias de actuación ante la pérdida gestacional, dando como resultado la total falta de conocimientos y recursos para poder enfrentar la situación, adopción de actitudes poco adecuadas

generando ansiedades, impotencia y frustración en el equipo (Pastor et al, 2011).

En el año 2007 en México se llevó a cabo un estudio con el objetivo de valorar la eficiencia de una intervención psicológica en pacientes que habían sufrido pérdidas perinatales, evaluando características emocionales, depresión, ansiedad en comparación con otras madres que si bien sufrieron pérdidas no habían recibido apoyo psicológico (González, Sánchez, Sánchez, Gómez y Morales, 2007).

Se obtuvo como resultado un fortalecimiento yoico, un mejor enfrentamiento a la decisión de un nuevo embarazo, así como menores índices de depresión en las madres que habían recibido una terapia psicológica (González, Sánchez, Sánchez, Gómez y Morales, 2007).

3.7. Modos de intervención en Fertilidad asistida

La infertilidad es la incapacidad para concebir un hijo luego de 12 meses de intentarlo. Para la mayoría de las personas afectadas, la infertilidad es una situación traumática y una crisis psicológica, donde deberán enfrentarse al reconocimiento de incapacidades y/o valías de uno mismo, generalmente muy unidos a representaciones sociales e ideológicas (Ávila y Moreno, 2008).

Con el afrontamiento de la infertilidad se deberá elaborar un “duelo” de sus propias capacidades, de sus limitaciones, lo que lleva a una quiebra de la estabilidad bio-hormonal y psicológica, de los vínculos de pareja, de los recursos económicos ante las exigencias de tratamientos médicos y aunque

éstos culminen con éxito, sostienen los autores que pueden portar un “legado traumático” que marca un antes y un después de los mismos (Ávila y Moreno, 2008).

Izzedin-Bouquet de Durán (2011) centra su estudio en la importancia de la inserción del psicólogo en las unidades de reproducción humana, a través de un trabajo interdisciplinario, llegando a la conclusión de que puede intervenir de diferentes formas: brindando información al paciente, real y en el momento adecuado ya sea sobre el diagnóstico y/o acerca de los tratamientos de reproducción asistida, brindando información al equipo de salud para que se dirija al paciente con palabras comprensibles, evitando tecnicismos médicos, puede ser un mediador entre el médico y el paciente facilitando la comunicación y el entendimiento entre ambos, puede fomentar una actitud activa en el paciente para que tome decisiones, intervenir para minimizar el riesgo de cuadros ansiosos y/o depresivos, fortalecer la sexualidad de la pareja y puede trabajar el apoyo social de la pareja que se somete al tratamiento de fertilización asistida.

Así mismo, Moreno, Antequera, Jenaro y Gómez (2009) realizan un análisis de parejas infértiles que asisten a Unidades de Reproducción Humana de dos Hospitales Universitarios españoles, a través de entrevistas semiestructuradas, aplicadas en distintos momentos del proceso diagnóstico y de tratamiento de reproducción asistida, poniendo de relieve las demandas y necesidades de la parejas en cuanto a una intervención psicológica. Se destacan muchos factores que generan estrés como el tiempo que llevan intentando tener un hijo por vía natural y el tiempo que llevan en métodos de reproducción asistida pero sin

éxito, la falta de información precisa sobre los tratamientos, la necesidad de un apoyo emocional que les brinde un cierto equilibrio, la necesidad de enfrentar los prejuicios sociales, todo lo que genera la demanda de un psicólogo en las URH como parte del equipo sanitario (Moreno, Antequera, Jenaro y Gómez, 2009).

Ávila y Moreno (2008) presentan un Protocolo de orientación para la intervención clínica con el objetivo de promover buenas prácticas de atención tanto para los servicios de salud como para los usuarios.

4. Conclusiones

Actualmente ha sido ampliada la visión biologicista del embarazo y parto que por siglos se venía manteniendo, revelando a través de numerosas investigaciones la gran importancia e influencia de factores psicológicos, emocionales, culturales y sociales que todo el proceso conlleva.

El trabajo desarrollado en diferentes países latinoamericanos y en España, muestra indudablemente la importancia de la labor del psicólogo durante el embarazo, parto y puerperio, atendiendo a todos los factores psicológicos y emocionales de la madre y del padre, dando como resultado vivencias más saludables de todo el proceso, dejando ver las necesidades y demanda de una atención personalizada donde la empatía, el trato cercano y la correcta información son elementos considerados indispensables.

Así mismo, la presencia de los psicólogos perinatales en los servicios sanitarios llevó a vivenciar una mejor atención de éstos, con una humanización de la

atención obstétrica, según palabras de las madres usuarias. Las investigaciones desarrolladas dejan evidencia además que intervenciones psicológicas adecuadas y a tiempo durante la gestación, mejoran la autoestima y el autoconcepto de la madre, creando como consecuencia, vínculos más saludables con su hijo/a luego del nacimiento. En el caso de intervenciones para superar la depresión durante el embarazo, dieron como resultado un menor riesgo de complicaciones obstétricas y/o partos prematuros.

Así mismo, en intervenciones que refieren a pérdidas perinatales la presencia de un psicólogo en el equipo, no solo ayudó a la familia a poder aceptar y transitar la situación sino que quedó demostrado a través del análisis realizado, que su trabajo con el propio equipo de salud sirvió de guía y sostén para vivenciar adecuadamente la situación. Por otro lado cabe destacar la importancia de la labor del psicólogo perinatal en actividades de prevención, las investigaciones presentadas en este trabajo dejan claramente visible que con intervenciones adecuadas y a tiempo, se pueden evitar conflictos posteriores. En la mayoría de los estudios analizados, los psicólogos perinatales desarrollan su labor basados en la teoría cognitiva, con herramientas como: psicoeducación, control de emociones, control de pensamientos negativos, control del estrés, fortalecimiento de vínculos, trabajando la frustración, la culpa, el duelo, ya sea a través de intervenciones individuales o grupales.

En Uruguay, si bien el marco jurídico legal y el propio sistema de salud han modificado sus normativas atendiendo a una visión centrada en los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, incluyendo no solo leyes sino guías y

recomendaciones para el nacimiento, aún queda un largo camino por recorrer para una real y verdadera implementación de todos estos cambios legales.

Definitivamente creo que es indispensable que todo este campo disciplinar que ofrece la Psicología Perinatal, se desarrolle y explore en nuestro país, que la gestación, parto y puerperio realmente se tomen como una total integridad bio-psico-social, atendiendo tanto a la salud física como emocional y mental de la madre embarazada y la salud emocional y mental del padre, para que vivencien su maternidad-paternidad de una forma saludable y disfrutable.

Referencias bibliográficas

- Ávila, A. y Moreno, C. (2008). La intervención psicológica en infertilidad. Orientaciones para un protocolo de intervención clínica. En *Papeles del Psicólogo*, Vol. 29, N°. 2, pp-186-196. Recuperado de: <http://www.cop.es>
- Bianco, G. (2013). Psicología Perinatal. En *Hablando se entiende la mente*. Entrevista realizada por la periodista Samantha Coquillat, en el diario Última hora. Recuperado de: www.gabriellabianco.com
- Bowlby, J. (1989). Una Base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buenos Aires: Paidós.
- Cantero, A., Fiuri, L., Furfaro, K., Jankovic, M., Llompart, V., San Martín, M. (2010). Acompañamiento en sala de partos: regla o excepción. En *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Vol. 29, N° 3, pp. 108-112. Recuperado de: www.redalyc.org
- Cardella, A. y Yedaide, O. (2016). La interdisciplina, los DDHH y la salud de todos. En *Actas de VI Congreso de ULAPSI*; Buenos Aires. Recuperado de: www.apdh-argentina.org.ar/
- Defey, D. (2014). El Trabajo Psicológico y Social con Mujeres Embarazadas y sus Familias en los Centros de Salud. Publicación del Plan CAIF en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Recuperado de: <https://caif.org.uy>
- Echeverría, M. (2013). ¿Cuál es el rol del psicólogo perinatal? Artículo extraído de: psicologiaperinatal.blogspot.com

- Ferreiro-Losada, M., Díaz, E., Martínez, M., Rial, A., Varela, J y Clavería, A. (2013). Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. En *Revista de Calidad Asistencial*, Vol. 28, N° 5, pp- 291-299. Recuperado de: www.elsevier.es/calasis
- Gómez López, M. (2018). Guía de atención psicológica de la mujer con complicaciones obstétricas. En *Perinatología y Reproducción Humana*, Vol. 32, N° 2, pp. 85-92. México. Recuperado de: www.elsevier.es/rprh
- Gómez, M., Aldana, E., Carreño, J. y Sánchez, C. (2006). Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. En *Revista Psicología Iberoamericana*, vol. 14, n°. 2, pp. 28-35. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana. Recuperado de: <http://www.redalyc.org>
- González, A., Sánchez, M., Sánchez, C., Gómez, M., Morales, F. (2007). Eficiencia de la Derivación al Servicio de Psicología, dentro de un Programa Hospitalario de Pérdida Gestacional Recurrente. En *Terapia Psicológica*, Vol. 25, N° 2, pp. 199-204. Recuperado de: www.scielo.conicyt.cl
- Gutman, L. (2003). Una emoción para dos cuerpos. Cap. 1. En *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Buenos Aires. Planeta
- Izzedin-Bouquet de Durán, R. (2011). El papel del psicólogo en el Servicio de Neonatología. En *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, Vol. 25, N°. 3, pp. 188-190. México: Instituto Nacional de Perinatología. Recuperado de: www.medigraphic.org.mx

Izzedin-Bouquet de Durán, R. (2011). Psicología de la Reproducción: De la Infertilidad a la Reproducción Asistida. En *Revista Científica Ciencia Médica*, Vol. 14, Nº 2, pp- 31-34. Cochabamba. Recuperada de: www.scielo.org.co

Kerikian, C. (2011). Efectos de una práctica: la psicología perinatal en la fundación hospitalaria. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/>

López, A. (2013). Salud Sexual y Reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. *Conferencia inaugural Académica 2013*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Lupica, C. (2009). Padres presentes: instalación del tema en la agenda académica y de la sociedad civil. En *Boletín de la maternidad*. Publicado por Fundación Observatorio de la Maternidad. Nº 6. Pp. 2-19 Buenos Aires. Recuperado de: www.o-maternidad.org.ar

Maldonado-Durán, M. y Lecannelier, F. (2008). El padre en la etapa perinatal. En *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, Vol. 22, Nº 2, pp.145-154. México: Instituto Nacional de Perinatología. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/324123105_Artemisa_mediagr_aphic_en_linea

Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J. y Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del

feto. En *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, Vol. 22, Nº 1, pp- 5-14. México: Instituto Nacional de Perinatología. Recuperado de: www.imbiomed.com.mx

Marín, D., Bullones, M., Carmona, J., Carretero, M., Moreno, M. y Peñacoba, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. En *Nure Investigación*, Nº 37, Noviembre. Recuperado de: <http://www.nureinvestigacion.es>

Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. En *Perinatología y Reproducción Humana*, Vol.27, Nº 3, pp.185-193. Recuperado de: www.medigraphic.com/inper

Ministerio de Salud Pública (MSP) (2008). Guías en Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-ManualAtenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>

Moreno, C., Antequera, R., Jenaro, C., y Gómez, Y. (2009): La Psicología de la Reproducción: la Necesidad del Psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. En *Clínica y Salud*, Vol. 20, Nº 1, pp-79-90. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de: www.scielo.isciii.es

Nieri, L. (2012). Intervención paliativa desde la Psicología Perinatal. En *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Vol 31, Nº 1. Pp. 18-21. Recuperado de: www.redalyc.org

Nieri, L., Amaya, V. y González, A. (2018). Depresión y ansiedad estrés en madres puérperas. En *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*,

Vol. 64, Nº 1, pp. 16-27. Fundación Acta Fondo para la Salud Mental.

Recuperado de: <http://www.acta.org.ar/>

Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. En *Avances en Psicología*. Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Vol. 16, Nº 1, pp. 9-38. Lima. Ediciones Libro Amigo.

Oiberman, A. (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. En *Revista Psicodebate 1. Psicología, Cultura y Sociedad, Año 1, Número 1*. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de Palermo.

Oiberman, A., Santos, S., Nieri, L. (2011). La dimensión emocional de la maternidad: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. En *Boletín de la maternidad*. Publicado por Fundación Observatorio de la Maternidad. Nº 11, pp. 16-19 Buenos Aires. Recuperado de: www.o-maternidad.org.ar

Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M., Farkas, Ch. y Rojas, G. y Martínez, V. (2013). Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática. Publicado en *Terapia Psicológica*, vol.31, Nº 2, Chile. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl>

Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristóbal, P., Santelices, M., Farkas, Ch. y Rojas, G. y Martínez, V. (2015). Intervención grupal para reducir la sintomatología depresiva y promover la sensibilidad materna en

- embarazadas chilenas. Publicado en *Suma Psicológica*, vol.22, pp. 93-101. España. Elsevier. Recuperado de: <https://www.cemera.cl>
- Olza, I., Marín, M., y Gil, A. (2012). Neurobiología del parto. Capítulo 1. En *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Oviedo, S., Urdaneta, E., Parra, F., Marquina, M. (2009). Duelo materno por muerte perinatal. En *Revista Mexicana de Pediatría*, Vol. 76, Nº 5, pp-215-219. Recuperado de: www.medigraphic.org.mx
- Pastor, S., Romero, J., Hueso, C., Lillo, M., Vacas, A. y Rodríguez, M. (2011). La vivencia de la pérdida perinatal desde la perspectiva de los profesionales de la salud. En *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol. 19, Nº.6. San Pablo: Escuela de Enfermería de la Universidad de San Pablo. Recuperado de: www.scielo.br
- Prieto, F. (2013). Psicología antes, durante y después del embarazo: una disciplina que empieza a despuntar en España. En *Amazings. Noticias de la Ciencia y la Tecnología*. Recuperado de: <http://www.amazings.com/>
- Romero, A., Olza, C., Fernández, I., Aler Gay I. (2012). *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Romeu, M., Rodríguez, L., Vázquez, J., de Dios, M. y Díaz, P. (2017). Cambios anatomofisiológicos en la mujer gestante. Capítulo 2. En *Enfermería Maternal y del Recién nacido I, parte 2 del Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona)*. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

- Sánchez, M. (2013). La Psicología Perinatal aborda los cambios emocionales de la maternidad. En *Revista Bebé y más* (Entrevista realizada el 23 de agosto de 2013, por Mireia Long). Recuperado de: <https://www.bebesymas.com>
- Sánchez, M., Jurado, R., Kovacs, A., Mariscal, B., Orgaz, M., Ramos, M., Rodríguez, M., Sánchez, D. (2013). Psicología Perinatal: conceptos y actualidad. En *Guía del Psicólogo*. Nº 336. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado en: <http://www.copmadrid.org>
- Santos, M. y Oiberman, A. (2011). Abordaje Psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: www.aacademia.org
- Uruguay, Poder Legislativo (2001). Ley Nº 17386, Ley de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy>
- Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley Nº 18.426, Defensa del Derecho de la Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy>
- Villa, I., Giraldo, I., Ramírez, M., Orozco, G. y Blanco, L. (2016). Vínculo prenatal: la importancia de los estilos vinculares en el cuidado gestacional. En *Revista Katharsis*, Nº 22, pp- 267-303. Recuperado de: <http://revistas.iue.edu.co>