



Universidad de la República
Facultad de Psicología
Trabajo Final de Grado
Modalidad: Producción teórica - Monografía

Salud Mental Perinatal

Casos de buenas prácticas en Salud Mental Perinatal en Uruguay

Jenny Micaela Domínguez Presa

C.I 47371862

Docente Tutora: Prof. Adj. Dra. Maria Carolina Farías

Docente Revisora: Prof. Adj. Mag. Julia Perea

Montevideo, Uruguay

Julio, 2025

Agradecimientos

A mi hijo, por ser la inspiración más profunda de este trabajo. Esta tesis nace, desde la experiencia transformadora de ser su madre. En él encontré el motor que me impulsó a querer aprender, escribir y culminar este proceso. VICENTE, gracias por enseñarme todos los días y darle sentido a cada esfuerzo.

A mi esposo, por su aliento constante, por creer en mí, y por caminar a mi lado con paciencia durante todo este proceso. Marcelo, gracias por sostener también mis sueños.

A mi madre, por acompañarme y por enseñarme con su ejemplo que todo se puede lograr. Mamá, gracias por tú apoyo incondicional.

A mi tutora, por su orientación respetuosa y por haber formado parte de esta etapa tan importante de mi recorrido académico.

A mis amigos y compañeros, por compartir el camino, por el intercambio de ideas, los gestos de aliento y la compañía en los momentos clave.

A la Facultad de Psicología, por ser parte de mi formación profesional y personal.

Resumen

Esta monografía aborda la salud mental perinatal desde una perspectiva integral, destacando el rol del psicólogo/a en el acompañamiento de mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. El objetivo es visibilizar la importancia de una atención emocional empática, respetuosa y centrada en derechos, así como dar a conocer prácticas que comienzan a desarrollarse de forma incipiente en Uruguay.

El trabajo se sitúa en un momento vital de profundas transformaciones físicas, emocionales, vinculares y sociales. Frente a una visión idealizada de la maternidad, se vuelve necesario habilitar espacios que reconozcan también emociones complejas, malestares y duelos que puedan surgir en este periodo.

Desde la psicología perinatal se propone evitar la patologización de los desafíos emocionales, promoviendo un acompañamiento activo y preventivo que fortalezca el vínculo temprano madre-bebe, permitiendo detectar situaciones de riesgo y favorecer al bienestar emocional.

Se abordan además las experiencias que pueden afectar la salud mental perinatal, como la infertilidad, la pérdida gestacional, la cesárea, la prematuridad, las dificultades en la lactancia y los trastornos emocionales del periodo perinatal.

Finalmente, se presenta una aproximación a los modelos de atención implementados por equipos de salud mental perinatal en Uruguay, destacando las experiencias del Servicio de la Dirección Nacional de Sanidad Policial en Montevideo y del Hospital de Fray Bentos (ASSE).

Este trabajo también integra mi experiencia como madre y futura psicóloga, desde la convicción de que la salud mental perinatal debe ser visibilizada, cuidada y acompañada.

Palabras claves: Salud mental perinatal, buenas prácticas, rol del psicólogo/a.

Tabla de Contenido

Agradecimientos	2
Resumen	3
Introducción	5
Capítulo 1. Salud Mental Perinatal	8
1.1. Salud Sexual y Reproductiva	8
1.2. Salud Mental Perinatal	11
Capítulo 2. Características del Período Perinatal	16
2.1. Impacto en la Madre, el Bebé y la Dinámica Familiar	18
2.2. El Apoyo Social en la Salud Materna	19
Capítulo 3. Situaciones Frecuentes que Pueden Alterar la Salud Mental	21
3.1. Infertilidad	22
3.2. Diagnósticos Adversos	23
3.3. Muerte Perinatal	24
3.4. Prematurez	26
3.5. Psicoprofilaxis Obstétrica	28
3.6. Nacimiento	29
3.7. Cesárea	32
3.8. Lactancia	33
3.9. Puerperio	34
Capítulo 4. Psicopatologías Frecuentes en el Periodo Perinatal	36
4.1. Estrés Durante el Embarazo	37
4.2. Ansiedad Perinatal	38
4.3. Depresión Perinatal	39
4.4. Tristeza Posparto (Baby Blues)	40
4.5. Psicosis Posparto	41
Capítulo 5. Prácticas emergentes en Salud Mental Perinatal	42
Conclusiones	48
Referencias	49

Introducción

Esta monografía se elabora en el marco del Trabajo Final de Grado, requisito para la obtención del título de Licenciada en Psicología. Tiene como objetivo profundizar en el rol del psicólogo/a en el acompañamiento a mujeres durante el período perinatal, desde una perspectiva de salud integral, a fin de visibilizar la importancia de su intervención en la atención emocional, el fortalecimiento de los vínculos tempranos, y la prevención y detección de posibles trastornos mentales. Asimismo, buscaremos dar a conocer diferentes prácticas relacionadas a la Psicología Perinatal que se implementan actualmente en nuestro país de forma incipiente.

En nuestra sociedad, las representaciones de la maternidad en redes sociales (virtuales), medios de comunicación y publicidades suelen mostrar una imagen “perfecta”: madres felices, siempre disponibles emocionalmente y entregadas totalmente al cuidado del bebé. Sin embargo, la experiencia real de maternar puede incluir también sensaciones de soledad, agotamiento, tristeza, apatía, confusión y muchas otras emociones que suelen quedar invisibilizadas (Ramírez, 2020).

Aunque el estereotipo social de la mujer embarazada suele asociarse a un estado emocional de serenidad y calma, numerosos profesionales de la salud mental coinciden en señalar que la inestabilidad afectiva constituye, en realidad, una manifestación habitual y constante durante el embarazo, el cual implica un proceso psíquico complejo, caracterizado por etapas de intensa reorganización emocional (Fernández Lorenzo & Olza, 2020; Ramírez, 2020; Sierra-García & Carrasco Ortiz, 2019).

El embarazo suele transitarse con una sensación de apuro y temor. Apuro por conocer al bebé y dejar atrás las molestias físicas, y temor por el deseo de que algo suceda en el proceso. Para muchas mujeres, esta etapa implica vivencias emocionales intensas, a menudo experimentadas en soledad o incluso desestimadas y negadas por ellas mismas. La forma en que cada mujer atraviese esta etapa crítica dependerá de factores, como su estado de salud física, su constitución biológica, su historia personal y la calidad de los vínculos significativos que mantenga con su entorno más cercano, incluyendo la pareja, la familia y otras figuras de apoyo (Fernández Lorenzo & Olza, 2020; Sierra-García & Carrasco Ortiz, 2019).

Los principales factores que actúan como protección psicológica para la mujer durante el puerperio son el acceso a información clara, el acompañamiento continuo y el respeto por

su vivencia. Detectar a tiempo situaciones de vulnerabilidad y derivar correctamente a profesionales especializados resulta clave para preservar la salud mental materna, tanto en el presente como en el futuro. Esto también tiene un impacto directo en la calidad del vínculo entre la madre y su bebé, ya que esta relación inicial marca profundamente el desarrollo emocional del recién nacido (Ramírez, 2020).

Desde la Psicología Perinatal se plantea una forma de acompañar la maternidad que reconoce su complejidad emocional y subjetiva. Este enfoque, centrado en los derechos de las personas gestantes, busca brindar contención sin caer en la patologización de los procesos normales del embarazo, parto y puerperio, pero sin dejar de atender los malestares que puedan surgir. En este contexto, la intervención del psicólogo o psicóloga resulta clave, ya que puede contribuir activamente a promover el bienestar emocional, fortalecer el vínculo temprano entre la madre y el bebé, prevenir dificultades en la salud mental y habilitar espacios donde las experiencias puedan ser escuchadas, validadas y sostenidas.

Este enfoque no solo permite atender el sufrimiento que puede surgir en esta etapa de la vida, sino que también busca reconocer las particularidades de cada experiencia y generar entornos más humanos y cuidados para transitar la maternidad. Tal como proponen Sierra-García y Carrasco Ortiz (2016), es fundamental ofrecer acompañamiento psicológico que contemple los aspectos vinculares y emocionales de este proceso, entendiendo que el entorno influye directamente en el desarrollo del vínculo temprano.

En la misma línea, el modelo ecosistémico para la atención integral de la salud mental perinatal planteado por Olza et al. (2021), ofrece un abordaje integral de la salud mental perinatal que destaca la importancia de una mirada interdisciplinaria. Este enfoque sitúa en el centro a la díada madre-bebé, pero también contempla el rol fundamental del entorno familiar, comunitario e institucional. A partir de la articulación de saberes provenientes de la psicología, la neurociencia, la teoría del apego y los estudios de género, esta propuesta invita a repensar los modos de atención. Su objetivo es generar prácticas más respetuosas, inclusivas y centradas en derechos, que reconozcan las necesidades emocionales, vinculares y sociales de quienes transitan el embarazo, el parto y el puerperio.

La elección de este tema responde a un interés por el cuidado de la salud mental perinatal, etapa en la que convergen múltiples transformaciones biológicas, emocionales, vinculares y sociales, y que muchas veces queda invisibilizada o subestimada dentro de los sistemas de salud. Considero que abordar esta temática como trabajo final de grado no solo representa un aporte a la comprensión de una dimensión fundamental de la salud de las mujeres, sino

que también me permite integrar saberes clínicos, comunitarios y de derechos que considero centrales para el ejercicio ético y comprometido de la psicología.

Además, la elección se encuentra profundamente atravesada por mi propia experiencia en la maternidad. Transitar este proceso me enfrentó con desafíos y transformaciones subjetivas que despertaron en mí un especial interés por comprender la complejidad del período perinatal. Vivenciar las transformaciones subjetivas que implica maternar me reafirmó la importancia de contar con espacios de acompañamiento sensible y respetuoso. Desde esta vivencia, surge la necesidad de visibilizar la relevancia de los dispositivos de apoyo existentes, así como de promover intervenciones que resguarden la salud mental y los derechos de las mujeres en esta etapa.

Para el desarrollo del trabajo, lo hemos estructurado en cinco capítulos. En el primero, se presenta un recorrido conceptual sobre la salud mental perinatal dentro del marco de la salud sexual y reproductiva. El capítulo número dos profundiza las características del periodo perinatal y su impacto a nivel físico, emocional y vincular, destacando la importancia del apoyo social. El tercer capítulo desarrolla situaciones frecuentes que pueden afectar la salud mental perinatal, como la infertilidad, la pérdida gestacional, la cesárea, el puerperio y las dificultades en la lactancia, entre otras. El cuarto capítulo aborda las principales psicopatologías que pueden surgir durante el período perinatal, tales como el estrés, la ansiedad perinatal, la depresión perinatal, la tristeza posparto y la psicosis posparto. Finalmente, el quinto capítulo presenta un análisis de las entrevistas realizadas a la Dra. Inés Acosta, Psiquiatra Pediátrica con especialización en Psiquiatría Perinatal, y la Licenciada Ana Aguirre, Psicóloga Perinatal, ambas integrantes del Equipo de Salud Mental Perinatal de la Dirección Nacional de Sanidad Policial de Montevideo y a la Licenciada Camila Viera, Psicóloga Perinatal referente del Equipo de Psicología Perinatal del Hospital de Fray Bentos de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). A través de este análisis, se busca visibilizar y difundir prácticas que promueven una atención sensible, respetuosa y centrada en las necesidades de las mujeres durante el período perinatal.

Capítulo 1. Salud Mental Perinatal

1.1. Salud Sexual y Reproductiva

Tradicionalmente, la salud se entendía simplemente como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, esta concepción dio lugar a otras más abarcadoras e integradoras, como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, que la definió como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). Esta definición amplía el enfoque al considerar también los aspectos psicológicos, sociales y biológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad.

En 1982, Milton Terris propuso una ampliación de esta perspectiva, señalando que la salud no se limita al bienestar físico, mental y social, sino que incluye la capacidad de las personas para adaptarse y funcionar en su entorno. Para Terris, la salud es un fenómeno dinámico, condicionado por factores personales y sociales, y varía según el contexto en el que cada individuo vive. Además, destaca que la salud está influida por determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales, lo que implica la necesidad de abordajes integrales.

Este enfoque fue retomado por Morales Calatayud (1997), quien subraya la importancia de analizar la salud desde una perspectiva multicausal y ecológica. Los problemas de salud están estrechamente relacionados con las condiciones materiales de vida, la distribución desigual de recursos y los patrones sociales y culturales que configuran el entorno de las personas. Esta mirada integral contribuye a comprender mejor las causas profundas de las desigualdades en salud y la complejidad de los factores que la afectan.

La importancia de estos enfoques se rastrea a 1978, a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, organizada por la OMS y UNICEF. Allí se estableció que la salud es un derecho humano fundamental y que alcanzar el mayor nivel posible de bienestar es una prioridad social global. Se destacó que promover y proteger la salud es esencial para mejorar la calidad de vida, y que los gobiernos deben implementar políticas públicas que garanticen la atención sanitaria y social, con la atención primaria como eje central de los sistemas de salud.

En este sentido, la perspectiva integral resulta especialmente relevante en el ámbito perinatal, donde el embarazo, parto y puerperio no pueden ser abordados únicamente desde un punto de vista médico o fisiológico. La psicología de la salud, junto con una mirada interdisciplinaria y crítica de los determinantes sociales, señala que las experiencias perinatales están atravesadas por factores sociales, culturales y emocionales que requieren una atención sensible y contextualizada para cada mujer (Oiberman, 2022).

Diversos factores, como el apoyo social, la historia personal, la situación económica, la calidad del vínculo de pareja y la presencia o ausencia de antecedentes de salud mental, influyen significativamente en la experiencia de la maternidad y en la salud emocional de la díada madre-bebé (Fisher et al., 2012). Por ello, el acompañamiento psicológico en esta etapa debe ir más allá del tratamiento de síntomas, promoviendo espacios de escucha, reconocimiento y fortalecimiento emocional.

Desde esta perspectiva, la Psicología de la Salud propone un modelo interdisciplinario y preventivo, en el que el psicólogo no solo actúa como terapeuta clínico, sino también como promotor de la salud y facilitador de redes de apoyo (Morales Calatayud, 1997).

Cabe señalar que la concepción que se tenga del embarazo influye directamente en la forma en que se brinda la atención. El modelo biomédico, enfocado en aspectos físicos y riesgos, ha contribuido a mejorar la supervivencia materna e infantil mediante avances tecnológicos. Sin embargo, este enfoque suele dejar de lado las dimensiones psíquicas, emocionales y relacionales, fragmentando la atención y limitando la participación activa de la mujer (Magnone Alemán, 2010).

En este sentido, profesionales como parteras/matronas y especialistas en salud mental perinatal desempeñan un papel fundamental en un modelo más humanizado, fomentando el autocuidado, la confianza en los propios recursos y la elaboración emocional del embarazo, parto y puerperio. Este enfoque potencia el empoderamiento de las mujeres y promueve una atención más humana y efectiva, especialmente para quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad (Fernández Lorenzo & Olza, 2020).

En Uruguay, el reconocimiento y la protección de los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio se han fortalecido progresivamente. Las normativas vigentes responden a demandas históricas que han visibilizado la necesidad de una atención respetuosa y humanizada en los procesos reproductivos.

La Ley N° 17.386, aprobada en 2001, garantiza a toda mujer el derecho a estar acompañada por una persona de su confianza durante el trabajo de parto y el parto, ya sea vaginal o por cesárea. Esta normativa fue ampliada por el Decreto N° 67/006 del Ministerio de Salud Pública en 2006.

Con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 2007 y la implementación de la Ley N° 18.211, el Estado asume la responsabilidad de asegurar a toda la población una atención sanitaria integral. Esto implica garantizar el acceso universal a los servicios de salud, promover una atención de calidad, equitativa y sostenible, y fomentar la participación social y la articulación entre distintos sectores.

En 2008 se promulgó la Ley N° 18.426, que reconoce la salud sexual y reproductiva como un derecho humano fundamental. Esta ley establece que el Estado debe garantizar las condiciones necesarias para que todas las personas puedan ejercer plenamente estos derechos. Entre sus principios, se destacan la promoción del parto humanizado, el respeto por la intimidad y los ritmos biológicos y emocionales de la mujer, así como la prevención de intervenciones médicas innecesarias o invasivas. Además, la normativa impulsa la incorporación del enfoque de derechos en el seguimiento del embarazo, el parto, el puerperio y la etapa neonatal.

Asimismo, la Ley N.º 19.580, aprobada en 2017, establece un marco integral para la prevención, sanción y erradicación de la violencia basada en género hacia las mujeres. Entre las distintas formas de violencia reconocidas, esta normativa incorpora la violencia obstétrica, entendida como “Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos” (Art. 6, inc.H). Aquí se incorpora una dimensión compleja, al reconocer que, muchas veces, los espacios destinados a brindar contención y cuidado pueden convertirse en escenarios de vulneración.

Por su parte, la Ley N.º 18.987 de 2012, regula la interrupción voluntaria del embarazo, reconociendo el derecho de las mujeres a decidir de forma libre y responsable sobre su maternidad. A su vez, despenaliza la práctica del aborto siempre que se realice dentro de las primeras doce semanas de gestación y se cumplan los requisitos establecidos en el procedimiento, garantizando la atención dentro del sistema de salud.

Por su parte, la Ley N.º 19.167 sobre Reproducción Humana Asistida, aprobada en 2013, tiene por objeto regular las técnicas de reproducción humana asistida, las cuales podrán

aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad u otras formas de arreglos familiares (homoparentales y monoparentales).

Asimismo, el Ministerio de Salud Pública elaboró una *Guía en Salud Sexual y Reproductiva* que incluye el *Manual de Atención para la Mujer en Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio* (2014). Siguiendo con estos lineamientos, la OMS publicó en 2018 la *Guía de cuidados durante el trabajo de parto para una experiencia de parto positiva*, cuyo objetivo es garantizar una atención centrada en la mujer, respetando sus tiempos biológicos y su autonomía, evitando intervenciones innecesarias.

En este marco normativo favorable, cobra especial relevancia el abordaje de la salud mental perinatal, ya que permite construir un modelo de atención que reconoce y protege a las mujeres y a sus bebés como sujetos de derecho. Esto supone no solo cuidar la salud física, sino también sostener el bienestar emocional y social. Para que estas políticas se implementen de forma efectiva, es necesario un trabajo articulado e interdisciplinario, en el que la Psicología Perinatal cumpla un rol clave, acompañando los procesos emocionales y vinculares propios de esta etapa vital. Así, se construye un modelo de atención que reconoce a las mujeres y sus familias como sujetos de derecho, promoviendo prácticas que respeten su singularidad, dignidad y autonomía.

1.2. Salud Mental Perinatal

En los últimos años, los aspectos psicoemocionales vinculados a la etapa perinatal han adquirido mayor reconocimiento, en consonancia con transformaciones sociales, culturales y políticas que interpelan los modos de concebir la salud y el cuidado. Esta creciente atención a la salud mental materna no es casual, sino que responde a una necesidad concreta y urgente de acompañar de forma integral a quienes atraviesan procesos de gestación, parto y puerperio, reconociendo la complejidad emocional que los atraviesa junto a su familia.

A partir de este enfoque más abarcativo, se comprende a la

“Salud Mental Perinatal (SMP) como el grado de adaptación de la mujer a su condición de gestante, al funcionamiento armónico de su actividad psíquica y su correspondiente integración tanto individual como social, lo que lleva a un estado de bienestar personal y capacita para la futura maternidad” (Contreras-Carreto et al., 2022, p. 565).

Esta definición permite dar cuenta de la importancia de considerar la salud mental no solo como la ausencia de trastornos, sino como un proceso dinámico de contención y acompañamiento en una etapa vital de alta sensibilidad emocional.

Las estadísticas internacionales sobre depresión perinatal, ansiedad y estrés postraumático dan cuenta de una problemática global que compromete no solo el bienestar de las madres, sino también el de sus bebés y familias (Contreras-Carreto et al., 2022). Según la Organización Mundial de la Salud (2022), una de cada cinco mujeres atraviesa algún trastorno de salud mental durante el embarazo o en el primer año posterior al parto. En aquellos casos donde ya existe una condición de salud mental perinatal, alrededor del 20% de las mujeres manifiestan pensamientos suicidas o conductas de autoagresión.

La ausencia de una atención adecuada a la salud mental durante el período perinatal no solo afecta el bienestar integral de la mujer, sino que también puede impactar negativamente en el recién nacido. Esta falta de atención puede dificultar la creación de un vínculo afectivo saludable con el bebé, generar sentimientos de aislamiento en la madre y afectar el entorno familiar (Contreras-Carreto et al., 2022). En este sentido, una intervención temprana y adecuada contribuye no sólo a prevenir consecuencias adversas en la salud mental de la madre y del padre, sino también a fortalecer el vínculo temprano con el bebé, promoviendo un desarrollo más saludable (Conecta Perinatal, 2022).

La psicología perinatal interviene en todas las etapas del proceso reproductivo: desde la gestación, el parto y el puerperio, hasta el primer año de vida del bebé. Su enfoque contempla a la madre ya sea durante el embarazo o en el posparto y a su hijo recién nacido como una díada inseparable, reconociendo la profunda interdependencia emocional entre ambos (Oiberman et al., 2022). El abordaje se centra desde una perspectiva vincular, lo que permite la intervención del profesional en distintos ámbitos para acompañar y fortalecer el bienestar emocional de la madre, el bebé y su entorno (Oiberman, Santos, & Nieri, 2011).

Tal como explican Oiberman et al. (2022), el rol del psicólogo perinatal se ha consolidado progresivamente como una especialidad con herramientas propias, que actúa tanto en la promoción de la salud como en la prevención, así como la evaluación, intervención y tratamiento psicoterapéutico. Su trabajo se orienta a favorecer el bienestar emocional, fortalecer los vínculos afectivos y facilitar la adaptación a los nuevos roles e identidades que emergen en esta etapa.

Más allá del acompañamiento profesional y humano, el trabajo del psicólogo perinatal implica potenciar el protagonismo y el empoderamiento de las mujeres y sus familias

durante estos procesos. En palabras de la psicóloga perinatal María Echeverría (2013) “Su rol es básicamente sostener, poner en palabras a las emociones, aún a las más primitivas. transformar esas emociones en palabras, gestos, posturas” (párr 7).

La práctica de la psicología perinatal se caracteriza por un abordaje interdisciplinario permanente, en el que el psicólogo colabora activamente con obstetras, pediatras, neonatólogos, parteras y otros profesionales de la salud. Esta articulación de saberes permite brindar una atención integral que promueva el bienestar emocional, físico y vincular de la madre, el bebé y su entorno familiar. Con frecuencia, la demanda de atención psicológica surge en contextos de especial vulnerabilidad, como embarazos de alto riesgo, partos prematuros, complicaciones obstétricas, duelos gestacionales, patologías neonatales, dificultades vinculares o situaciones sociales complejas. En estos escenarios, el rol del psicólogo no se limita al acompañamiento emocional, sino que también implica fortalecer las redes de apoyo y generar entornos de contención para las familias (Mercado, citado en Oiberman, 2022).

A diferencia del enfoque tradicional en salud mental, la intervención perinatal no se restringe al consultorio ni al modelo clásico de atención individual o derivación de casos. Idealmente, el psicólogo perinatal se debería integrar en los equipos de salud materno-infantil, colaborando estrechamente con quienes atienden el embarazo y el nacimiento. De esta manera, su rol adquiere un carácter activo y vincular, participando en espacios clínicos compartidos y contribuyendo a una atención más humana e integral (Oiberman et al., 2022).

Entre los recursos técnicos desarrollados por la psicología perinatal se encuentran dispositivos como la entrevista semidirigida de sesión única y el Screening de Registro Materno (SRM). Estas herramientas permiten explorar aspectos significativos de la historia vital de la mujer, identificar factores de riesgo emocionales o vinculares, y observar de forma directa la interacción madre-bebé durante la internación conjunta.

En situaciones de crisis en torno al nacimiento, el rol del psicólogo perinatal cobra especial relevancia. Es fundamental que este profesional esté en condiciones de brindar asistencia oportuna, ofreciendo al menos una sesión durante la internación, ya sea de la madre en el área obstétrica o del recién nacido en neonatología, tan pronto como sea posible. El objetivo de esta intervención temprana es minimizar el impacto emocional de la situación de riesgo y atenuar las posibles consecuencias patológicas que pudieran derivarse (Oiberman et al., 2022). Sin embargo, también es posible adoptar un enfoque preventivo, permitiendo anticiparse a posibles situaciones de crisis y actuar de manera oportuna para evitar que estas se transformen en patologías (Oiberman et al., 2022).

La entrevista semidirigida permite explorar eventos significativos (*life events*) en la historia vital de la mujer que puedan influir en su experiencia perinatal, facilitando una detección precoz de factores emocionales y psicosociales que requieran intervención. Se realiza durante la internación y se completa inmediatamente para que esté disponible para las siguientes guardias médicas. En ella se abordan aspectos como las vivencias del embarazo y el parto, antecedentes obstétricos, vínculos de pareja y familiares, pérdidas, preocupaciones actuales, conflictos infantiles, y el impacto emocional del nacimiento, así como la red de apoyo con la que cuenta la madre (Mercado, 2005).

Por su parte, el Screening de Registro Materno es un dispositivo de evaluación diseñado por la Lic. Misicen (2011) que se aplica en dos momentos: al ingreso a la sala y durante o después del control médico del bebé. Este instrumento permite observar la interacción madre-hijo, la lactancia, las estrategias de consuelo al recién nacido y la relación con el equipo de salud. Asimismo, registra aspectos no contemplados en los criterios preestablecidos, facilitando la detección de dificultades vinculares y promoviendo el fortalecimiento del lazo madre-bebé (Oiberman, 2015).

La historia clínica se convierte en un instrumento fundamental para el trabajo del psicólogo en el ámbito hospitalario. A diferencia del encuadre clínico tradicional, en este contexto muchas veces la demanda no surge de la madre directamente, sino del equipo médico, la familia u otras usuarias. Esto requiere del profesional una actitud de flexibilidad y apertura, así como la capacidad de integrarse en equipos interdisciplinarios, adaptando su lenguaje y registros para facilitar la circulación de la información y la continuidad del cuidado (Oiberman et al., 2022).

Históricamente, la atención obstétrica se ha centrado en los aspectos físicos del embarazo, dejando en segundo plano la dimensión emocional. El sufrimiento de las madres ha sido muchas veces invisibilizado o minimizado, contribuyendo al estigma en torno a la salud mental materna. Este silenciamiento ha dificultado el acceso a tratamientos adecuados y ha reforzado la idea de que la maternidad debe vivirse con plenitud y sin conflictos, negando la posibilidad de experimentar malestar o ambivalencias. En este sentido, la creación de servicios específicos en salud mental perinatal abre la posibilidad de cambiar esta lógica, poniendo en el centro la voz de las mujeres, ofreciendo un entorno seguro para el acompañamiento, reconociendo sus vivencias y brindando un espacio cuidado donde puedan sentirse escuchadas (Oiberman, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (2022) ha presentado recientemente una guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil. Esta

herramienta propone estrategias basadas en evidencia científica para la detección, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos psicológicos en este período, considerando especialmente las desigualdades entre países de ingresos altos y bajos. Según el documento, mientras que una de cada diez mujeres en países de altos ingresos presenta problemas de salud mental perinatal, en contextos más vulnerables esta cifra asciende a una de cada cinco. Asimismo, el 20% de quienes los padecen pueden llegar a tener ideaciones suicidas o conductas autolesivas (OMS, 2022).

El acceso a la atención en salud mental perinatal constituye un desafío de carácter global, cuyo abordaje varía considerablemente según la región, en función de factores estructurales, económicos, culturales y sociales. Del análisis propuesto por Wilson et al. (2024), quienes ofrecen una perspectiva integral sobre las desigualdades y los avances en este campo en distintas partes del mundo se concluye que las mujeres embarazadas o en el periodo postparto suelen enfrentar múltiples barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud mental, afectando no solo su bienestar, sino también el del bebé. Entre las principales barreras se encuentran el estigma asociado a los trastornos mentales, la escasez de recursos adecuados, la falta de profesionales capacitados y los condicionantes sociales y económicos que profundizan las inequidades.

Capítulo 2. Características del Período Perinatal

A continuación, se presentarán las principales características del período perinatal, con el fin de contextualizar las intervenciones psicológicas en esta etapa.

Comprender la salud mental perinatal y el rol profesional implica mirar de cerca la experiencia concreta que viven las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Analizar las características psicológicas y emocionales de este período, reconociendo su impacto tanto en la madre como en el bebé y su entorno familiar, permite valorar la importancia de una mirada sensible, respetuosa y sostenida por redes de apoyo.

Este período, que “comprende desde el embarazo hasta un año después del parto” (Al-Halabí et al., 2021), representa una etapa de intensas transformaciones físicas, psicológicas y sociales. Más allá de los cambios corporales visibles, se produce una compleja adaptación emocional y relacional que involucra no solo a la madre, sino también al bebé y al entorno familiar. Desde una mirada ecosistémica, tal como plantean Olza et al. (2021), la etapa perinatal debe entenderse como un sistema dinámico en el que interactúan múltiples niveles: el individuo, la familia, la comunidad y las instituciones de salud y cuidado. Esta perspectiva integral evidencia que la experiencia de la maternidad se construye en interacción constante con el contexto, y que factores sociales, económicos, políticos y culturales influyen decisivamente en el bienestar de la díada y en la calidad del acompañamiento recibido. En consecuencia, atender la salud mental perinatal requiere considerar tanto las vivencias internas de las mujeres como las condiciones externas que pueden facilitar o dificultar este proceso.

El embarazo entendido como el período que transcurre desde la fecundación del óvulo hasta el parto, conlleva una serie de transformaciones anatómicas y fisiológicas que se revierten progresivamente durante el puerperio y la lactancia. Desde una perspectiva psicológica, Acosta y Varela (2022) señalan que este proceso promueve una introspección sobre la historia personal de la mujer, su propia gestación, nacimiento y crianza. Asimismo, las experiencias de otras mujeres cercanas, como madres o hermanas, influyen en la vivencia gestacional, estableciendo referencias que condicionan la forma en que el embarazo es percibido y transitado en el ámbito familiar.

El embarazo suele estar asociado a una etapa de felicidad y plenitud. No obstante este periodo implica una serie de transformaciones profundas que van más allá de lo corporal. La gestante atraviesa cambios emocionales, sociales y familiares que despiertan diversas emociones (Almazo & Molina, 2023).

Según Fernández y Olza (2022), el embarazo se desarrolla en distintas fases marcadas por cambios físicos, emocionales y vinculares que afectan de forma única a cada mujer. En el primer trimestre, aunque los cambios corporales aún no se evidencian, el cuerpo comienza a transformarse, generando sentimientos ambivalentes como alegría, miedo o incomodidad. En el segundo trimestre, el contacto con los movimientos del bebé fortalece un vínculo más concreto, mediado por imágenes y fantasías que reflejan la historia afectiva de la madre. Finalmente, en el último trimestre, la atención se centra en el parto y la salud del bebé, surgiendo ansiedades que conviven con el deseo de bienestar. La preparación profesional adecuada puede colaborar en la gestión de estos temores y en el fortalecimiento de la seguridad emocional de los futuros padres.

Durante esta fase final, suele manifestarse el denominado “instinto de anidamiento”, caracterizado por una necesidad obsesiva de limpiar y reorganizar el hogar en preparación para la llegada del bebé. Este comportamiento se vincula con mecanismos adaptativos que favorecen la organización del entorno para el recién nacido (Acosta & Varela, 2022). Paralelamente, es común un aumento en la ansiedad, alimentada por temores profundos como el miedo al dolor, a morir durante el parto o a que el bebé no sobreviva. El sueño puede verse interrumpido por despertares frecuentes, y el cuerpo comienza a prepararse con contracciones que anticipan el nacimiento.

En este contexto, el acompañamiento emocional cobra especial relevancia. Conocer las vivencias, temores e historias previas de cada mujer puede marcar la diferencia entre un parto vivido con confianza y uno atravesado con angustia. Muchas veces, no es el hecho en sí lo que genera trauma, sino la percepción de haber estado sola o sin control. El vínculo con quienes acompañan, ya sean profesionales, parejas o personas significativas, puede tener un impacto protector y reparador (Da Silva, 2015).

Recuperar el protagonismo en el parto, tal como plantea Da Silva (2015), implica habilitar espacios para que la mujer pueda expresarse, tomar decisiones y ser reconocida como la principal protagonista de ese momento. Es necesario generar un entorno seguro, contenedor y empático, donde su experiencia y su deseo sean escuchados y validados. Este cambio de paradigma, centrado en la mujer y su vivencia, resulta esencial para transformar el parto en una experiencia positiva, respetuosa y profundamente humana.

Maternar, en este sentido, no se reduce al acto físico de parir, sino que abarca un conjunto de experiencias emocionales, vínculos y significados que se configuran a partir de la historia subjetiva de cada mujer. Oiberman (2022) sostiene que el maternaje es un proceso psicoafectivo que puede surgir o no a partir de la experiencia de haber tenido un hijo, y que no debe confundirse con la maternidad en su dimensión biológica. Maternar implica un deseo, una identificación con el rol, y una construcción afectiva sostenida en el reconocimiento propio y en la calidad del sostén recibido. Por ello, acompañar estos procesos desde una mirada integradora y sensible exige considerar tanto la salud física como los aspectos psíquicos y vinculares que pueden sostener o fragilizar la experiencia materna. Maternar en un entorno que escucha y válida puede marcar la diferencia entre una vivencia angustiante y una experiencia de seguridad y conexión.

2.1. Impacto en la Madre, el Bebé y la Dinámica Familiar

Como señalan Oiberman et al. (2005), la maternidad no puede entenderse únicamente como un hecho biológico, ya que involucra dimensiones sociales, culturales y psicológicas de gran relevancia. El embarazo, el parto y el puerperio constituyen una etapa de cambio profundo que afecta tanto a la mujer como a su entorno cercano. Esta transición vital se vive de manera única en cada caso, y está atravesada por diversos factores, como la historia de vida de la mujer, su estructura psíquica, su contexto actual familiar, vincular y social, así como las características del bebé y el lugar que este ocupa dentro de la trama familiar.

Cuando el deseo de ser madres o padres se da en un contexto favorable, el embarazo marca el inicio de una etapa de transición hacia la maternidad y la paternidad. Durante la gestación, se empieza a construir el vínculo prenatal, mientras ocurren transformaciones físicas, emocionales y sociales que acompañan todo el proceso. El parto, por su parte, se vive como una experiencia intensa tanto en lo corporal como en lo psíquico, donde se cruzan las expectativas y fantasías gestadas con la realidad concreta de cuidar y recibir al recién nacido (Sierra-García & Carrasco Ortiz, 2020).

Sin embargo, no todas las mujeres viven este momento de manera positiva. Muchas enfrentan situaciones inesperadas, como una cesárea de urgencia o complicaciones médicas, que pueden generar temor, malestar emocional y una sensación de vulnerabilidad, afectando así el primer contacto con el bebé y el vínculo afectivo inicial.

Si bien el nacimiento suele ser una experiencia significativa que fortalece la identidad como madre o padre, el período posterior puede traer desafíos. El puerperio implica una reorganización vital, con cambios en el sueño, la alimentación y el estado anímico, y es una

etapa particularmente sensible para la salud mental. Cuando estos cambios se combinan con factores como la ausencia de apoyo, dificultades económicas o antecedentes de malestar psicológico, pueden aumentar el riesgo de problemas como ansiedad o depresión posparto. En este sentido, los aportes de Sierra-García y Carrasco Ortiz (2020), permiten comprender que es fundamental brindar un acompañamiento que contemple la maternidad desde una perspectiva integral, que incluya lo físico, lo emocional y lo relacional.

2.2. El Apoyo Social en la Salud Materna

En este contexto, es importante considerar también el rol de quienes acompañan la experiencia perinatal. Cada vez resulta más evidente que el entorno cercano cumple un papel fundamental en el sostén emocional durante el embarazo, el parto y el puerperio. La implicación activa de la figura paterna no solo contribuye al bienestar materno, sino que también fortalece el vínculo temprano con el bebé y promueve una crianza más equitativa.

A lo largo del tiempo, el rol del padre ha estado tradicionalmente ligado al sostén económico, quedando el cuidado del bebé casi exclusivamente en manos de la madre. Sin embargo, con los cambios socioculturales y el avance en la comprensión de la perinatalidad como un proceso complejo y relacional, su participación se ha ido transformando. Hoy se reconoce la importancia de que el padre se involucre activamente desde el embarazo, no solo como acompañante, sino como figura clave en la contención emocional y en la construcción del vínculo con el bebé (Nieri, 2022).

Este proceso, que Oiberman (citado en Nieri, 2022) define como paternalización, implica que el varón asuma una posición activa en la gestación, el cuidado y la crianza, comprometiéndose afectivamente con su hijo. Su presencia y apoyo, especialmente durante el embarazo y el puerperio, son fundamentales para el bienestar de la madre. Según Winnicott (1956) una madre necesita sentirse sostenida emocionalmente por su entorno particularmente por su pareja para poder brindar un adecuado *holding* a su bebé.

Acompañar en los controles médicos, participar en las ecografías y en los cursos de preparación para el nacimiento son formas concretas de generar cercanía y fortalecer el lazo familiar desde los primeros momentos. Según Nieri (2022), el acompañamiento y el apoyo de la pareja durante el embarazo contribuyen a una vivencia más segura y con menor ansiedad por parte de la mujer.

Además, en el momento del parto su acompañamiento resulta significativo. En Uruguay, la Ley N.º 17.386 (2001) garantiza a todas las mujeres el derecho a estar acompañadas por

una persona de confianza durante el trabajo de parto y el nacimiento. La presencia del padre en ese momento no sólo brinda tranquilidad y apoyo a la madre, sino que también lo conecta emocionalmente con el bebé, marcando el inicio de un vínculo que continuará fortaleciéndose en el posparto.

El puerperio trae consigo una serie de desafíos físicos y emocionales para la madre, por lo que la participación del padre en el cuidado cotidiano del bebé puede aliviar muchas de esas cargas. Desde tareas concretas como cambiar pañales o colaborar con el sueño del bebé, hasta brindar un espacio emocional seguro, su presencia puede marcar una diferencia en la experiencia materna. En contextos donde la mujer se siente acompañada y sostenida, es más fácil prevenir el agotamiento, el aislamiento o incluso cuadros de depresión posparto. La corresponsabilidad en la crianza no solo promueve una dinámica familiar más equitativa, sino que también favorece el desarrollo saludable del bebé al crecer en un entorno afectivo, cuidado y presente (Conecta, 2022).

El acompañamiento que reciben las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio cumple un rol fundamental en su bienestar integral. Sentirse acompañada y contenida no solo facilita el tránsito emocional de esta etapa, sino que también puede tener efectos positivos a nivel físico, como en el establecimiento de la lactancia. Si bien para muchas mujeres la maternidad puede ser una vivencia gratificante, también es una etapa de gran vulnerabilidad emocional, donde el estrés puede impactar negativamente, tanto en la salud de la madre como en la del bebé. Por ejemplo, niveles elevados de estrés pueden interferir en la liberación de oxitocina, una hormona clave para la lactancia (Páez et al, 2023).

El sostén puede provenir de diversos espacios: familiares, redes de apoyo, personal de salud, e incluso desde políticas públicas orientadas a acompañar y proteger esta etapa. Acompañar no implica grandes acciones, estar presente, escuchar, brindar información o ayudar en lo cotidiano puede marcar una diferencia significativa en la vivencia de las mujeres (Páez et al., 2023).

En este sentido, Coe Calcagni et al. (2021) señalan que el apoyo recibido durante el embarazo reduce el riesgo de síntomas ansiosos o depresivos. La contención, tanto emocional como práctica, influye en cómo se transita esta etapa, cuando las mujeres se sienten sostenidas, aumentan las probabilidades de experimentar mayor estabilidad emocional, menor ansiedad y una imagen más positiva de sí mismas como madres. Por el contrario, la ausencia de apoyo, la soledad, los conflictos vinculares o la exposición a situaciones de violencia pueden afectar negativamente la salud mental en el período perinatal.

Capítulo 3. Situaciones Frecuentes que Pueden Alterar la Salud Mental

Durante el período perinatal, diversas situaciones pueden afectar significativamente la salud mental de las mujeres y sus familias. Tal como mencionan Martínez y Rossi (2025), el embarazo es una etapa profundamente emocional, en el que se transita por múltiples sentimientos como la alegría, la angustia, el temor o la preocupación. Estas emociones están reguladas, entre otros factores, por los rasgos de personalidad de cada mujer.

La forma en que cada gestante procesa las emociones asociadas a su embarazo dependerá de su historia personal y de los recursos de afrontamiento que haya desarrollado a lo largo de su vida. En particular, el vínculo que ha mantenido con su propia madre puede tener un impacto significativo durante este periodo. El camino hacia la maternidad tiene el potencial de reactivar recuerdos del pasado, hacer aflorar conflictos no resueltos o generar inquietudes vinculadas con la imagen interna que la mujer ha construido sobre lo que significa ser madre (Maldonado et al., 2008).

En este sentido, ciertos rasgos de personalidad pueden funcionar como recursos protectores que favorecen un afrontamiento saludable, mientras que otros pueden aumentar la vulnerabilidad frente al estrés o las preocupaciones propias de esta etapa (Guarino, 2010).

Asimismo, existen factores psicosociales que pueden incidir de forma negativa en este proceso. Entre ellos se incluyen la asunción del nuevo rol de madre, los cambios laborales, el hecho de que el embarazo sea deseado o no, la falta de apoyo por parte de la red familiar o social, la maternidad en etapas extremas de la vida reproductiva (adolescencia o edad avanzada), así como la presencia de antecedentes de trastornos mentales, los cuales pueden resurgir o agravarse durante el embarazo o el parto (Gonzalez Barreiro, 2015).

Entre estas situaciones se encuentran eventos como la prematurez del bebé, diagnósticos prenatales adversos, pérdidas gestacionales y complicaciones graves en la salud materna o fetal. Asimismo, experiencias como la infertilidad, la psicoprofilaxis obstétrica, el tipo de parto ya sea vaginal o por cesárea y el proceso de lactancia pueden generar respuestas emocionales intensas. Estas vivencias, propias del proceso perinatal, pueden constituir factores de estrés que influyen en la aparición o agravamiento de trastornos como ansiedad, depresión o estrés postraumático. Comprender el impacto de estas situaciones es

fundamental para diseñar estrategias de acompañamiento profesional que promuevan el bienestar integral de la madre, el bebé y su entorno.

3.1. Infertilidad

La infertilidad constituye una problemática de salud que afecta profundamente a millones de personas en edad reproductiva en todo el mundo. Se define como la imposibilidad de lograr un embarazo tras un año o más de mantener relaciones sexuales frecuentes sin métodos anticonceptivos, y se clasifica como primaria cuando nunca se ha logrado un embarazo, o secundaria, si ya hubo al menos una gestación previa (Rojas et al., 2011).

En muchos casos, la infertilidad no tiene una causa médica identificable. No obstante, la angustia y el sentimiento de desesperanza que atraviesan quienes enfrentan dificultades para concebir son experiencias reales que requieren un abordaje profesional sensible y comprometido. La imposibilidad de concretar la maternidad o paternidad suele vivirse como una crisis vital que confronta a la pareja con sus límites, pero que también puede activar recursos internos de afrontamiento y resiliencia.

El inicio de tratamientos médicos representa para muchas personas un camino esperanzador, aunque también cargado de exigencias físicas y emocionales. A medida que el proceso avanza y los resultados no se concretan, el desgaste se acumula. En este contexto, el acompañamiento psicológico se vuelve imprescindible, no solo como espacio de contención, sino también para sostener los vínculos, reflexionar sobre las decisiones y resignificar el camino recorrido (Curotto Araújo, 2017). Una mirada profesional puede colaborar en la elaboración de nuevas perspectivas, abriendo horizontes que contemplen otras formas posibles de construir el deseo de crianza.

Las consecuencias de la infertilidad trascienden lo individual y lo relacional, afectando también el plano social y cultural. En muchas sociedades, persisten estigmas que recaen especialmente sobre las mujeres, quienes pueden ser objeto de discriminación, violencia de género, rupturas vinculares y sentimientos de fracaso. Además, la desigualdad en el acceso a servicios de fertilidad refuerza brechas estructurales, ya que las barreras económicas, educativas y sociales afectan particularmente a personas solteras, en situación de pobreza o sin cobertura de salud adecuada (Share-Net International, 2021).

Frente a este panorama, la Organización Mundial de la Salud (2023) reconoce la infertilidad como un problema de salud pública, comprometiéndose a desarrollar marcos normativos integrales, promover la equidad en el acceso y fortalecer los sistemas sanitarios desde una

perspectiva de derechos. Asegurar el acceso universal a la salud reproductiva implica también garantizar contención emocional, escucha activa y atención psicológica especializada en este recorrido muchas veces doloroso e incierto.

3.2. Diagnósticos Adversos

Durante el período perinatal, muchas mujeres se encuentran transitando una etapa vital cargada de emociones, expectativas y deseos. El embarazo suele ser imaginado como una experiencia colmada de ilusión y proyectos, pero no siempre este recorrido transcurre como había sido imaginado. Existen momentos en que esta etapa se ve profundamente atravesada por situaciones inesperadas y dolorosas, que irrumpen bruscamente en el relato de la maternidad y requieren un intenso proceso de elaboración emocional.

Entre estas experiencias, los diagnósticos prenatales adversos suelen ocupar un lugar central. Malformaciones, discapacidades, enfermedades incompatibles con la vida o complicaciones graves de salud materna, son situaciones que pueden cambiar radicalmente la percepción del futuro y generar un gran impacto emocional en las mujeres y sus familias. Muchas veces, el modo en que esta información es comunicada por los equipos de salud influye directamente en cómo es vivida por la gestante. No es lo mismo recibir un diagnóstico en un entorno que acompaña, que hacerlo en soledad en un momento de tanta fragilidad (Lacerda et al., 2020; Ramírez, 2022).

Quienes atraviesan estas situaciones deben tomar decisiones complejas en muy poco tiempo. A menudo no han tenido la posibilidad de procesar la noticia cuando ya deben considerar opciones difíciles como continuar o no con el embarazo, realizarse pruebas invasivas, pensar en tratamientos, o simplemente reconfigurar un deseo profundamente afectado por la noticia recibida (García Díaz et al., 2023). En los casos donde la decisión es continuar con la gestación, aparecen otros desafíos: transitar el embarazo sabiendo que algo no está bien, afrontar el temor al nacimiento, o incluso la posibilidad de perder al bebé. Ante esta situación se abren múltiples duelos, el del hijo idealizado (Gazzola et al., 2020), el de la maternidad tal como había sido imaginada, y muchas veces también el duelo por una atención fragmentada que obliga a transitar por distintos especialistas, perdiendo la continuidad del vínculo con los equipos de salud (Baró, 2022). Desde la práctica profesional, estas vivencias exigen una actitud ética y humana. No alcanza con brindar información; se necesita estar presentes, sostener emocionalmente, habilitar lo que la persona gestante siente, sin juzgar ni minimizar.

En estos contextos, el acompañamiento emocional cobra una relevancia central. Las mujeres pueden expresar reacciones intensas como llanto, enojo, negación, miedo. Validar estas emociones, habilitar su expresión y estar allí, sin apurar ni invadir, puede tener un efecto profundamente reparador (Hospital Sant Joan de Déu, 2023). El rol del acompañamiento psicológico no es resolver la situación, sino estar junto a la persona en el momento en que su mundo se ve profundamente afectado y cambian sus certezas.

3.3. Muerte Perinatal

“La muerte perinatal es aquella que sucede durante el periodo fetal tardío (>22 SG) y en el periodo neonatal precoz (1 semana de vida) por cada 1000 nacidos vivos o muertos” (El Parto es Nuestro & Umamanita, 2009, p.48). No obstante, en los últimos años, esta delimitación temporal se ha ampliado en la literatura especializada, abarcando desde la concepción hasta el primer año de vida del bebé. Esta mirada integral permite incluir dentro de las pérdidas perinatales no solo las muertes fetales o neonatales, sino también otras experiencias profundamente dolorosas, como los abortos espontáneos, los embarazos ectópicos, las interrupciones voluntarias del embarazo por causas médicas o personales, las muertes intrauterinas, las malformaciones congénitas incompatibles con la vida e incluso la entrega en adopción (López García de Madinabeitia, 2010).

El duelo perinatal sigue siendo una experiencia silenciada, tanto en el sistema de salud como en la cultura. Olza et al. (2022) proponen comprender estas pérdidas como eventos profundamente significativos, en los que no solo se pierde un hijo, sino también un proyecto de vida. En su revisión, Baró (2022) destaca que muchas mujeres no reciben contención adecuada en los servicios de salud tras una pérdida gestacional o neonatal, lo que puede generar efectos traumáticos a largo plazo. Frente a esta situación, Sierra-García y Carrasco Ortiz (2021) plantean que el acompañamiento psicológico temprano, incluso desde la internación, puede facilitar la elaboración del duelo, reconociendo el dolor y validando la experiencia.

Por ejemplo, el aborto espontáneo es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo. Se estima que entre un 20 % y un 30 % de las gestaciones culminan de forma espontánea antes de la semana 20. Sin embargo, a pesar de su frecuencia, su impacto emocional suele ser minimizado o invisibilizado tanto en el ámbito sanitario como en el social. Para muchas mujeres, esta pérdida representa un acontecimiento sumamente doloroso que afecta su cuerpo, su psiquismo, su proyecto de maternidad y su entorno afectivo. Las emociones que emergen, como la tristeza, la culpa, la angustia y una intensa

sensación de soledad, son frecuentes aunque no siempre encuentran espacios donde puedan ser nombradas, comprendidas o acompañadas (Fernández Lorenzo & Olza, 2020). En este contexto, el silencio del entorno muchas veces opera como una forma de desprotección. Por temor a decir algo incorrecto o por falta de herramientas para acompañar, quienes rodean a la mujer o a la pareja optan por el silencio.

Desde la perspectiva clínica, cuando se produce una pérdida gestacional, existen distintas posibilidades de intervención. Una de ellas es el manejo expectante, opción válida para mujeres que no desean someterse a tratamientos médicos ni quirúrgicos, siempre que no existan complicaciones. Según *la Guía de referencia rápida sobre diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo y manejo inicial del aborto recurrente* (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2009), esta modalidad resulta especialmente eficaz en casos de aborto incompleto y consiste, básicamente, en permitir que el cuerpo siga su curso de manera natural.

En casos de muerte fetal intrauterina, se recomienda inducir el parto dentro de las primeras 24 horas, especialmente ante riesgo de infección. Es fundamental brindar una atención respetuosa y humanizada, asegurando información clara, consentimiento informado, analgesia adecuada y evitando intervenciones innecesarias. Se sugiere permitir a los progenitores despedirse del bebé si lo desean, realizar el parto en un entorno separado de gestantes con embarazos viables y dar el alta precoz, siempre que el estado de la madre lo permita (Lacerda et al., 2020; Santos Redondo et al., 2015).

Tal como señala Ramírez (2022), una muerte perinatal rara vez constituye una urgencia médica. Por ello, es crucial facilitar a la familia el tiempo necesario para asimilar la noticia, tomar decisiones informadas y elegir, si así lo desean, cómo intervenir en el cuerpo de la mujer. Estas decisiones incluyen aspectos profundamente personales, como la posibilidad de realizar rituales de despedida o de estar acompañada por personas significativas durante el proceso. Estas prácticas, lejos de ser triviales, cumplen un rol central en la elaboración del duelo.

La Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo (Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, 2015) destaca la importancia de los rituales como herramientas terapéuticas que permiten simbolizar la pérdida, reconocer el vacío y comenzar a reconstruir el mundo emocional. Sin embargo, el duelo perinatal continúa siendo, en muchos casos, un duelo invisibilizado, muchas personas lo transitan en soledad, sin redes de apoyo ni reconocimiento institucional. Desde la salud mental perinatal, visibilizar estas experiencias y acompañarlas con empatía, respeto y sin juicios se vuelve una necesidad urgente.

El proceso de duelo por la pérdida de un hijo o hija en etapa perinatal es complejo y profundamente singular. No existe un modo correcto de elaborarlo, ni un tiempo determinado para “superarlo”. Cada persona lo atraviesa desde su historia, su contexto, sus recursos psíquicos y sus vínculos. Un duelo sano puede extenderse por meses o incluso años. Es frecuente que fechas significativas, como el aniversario de la pérdida o la fecha esperada del nacimiento, reactiven el dolor o lo resignifiquen (Furtado, 2015).

El duelo perinatal puede dar lugar a trastornos psiquiátricos como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastornos por estrés postraumático. Existen diversas escalas para valorar el duelo perinatal, como la Perinatal Grief Scale (PGS), la Munich Grief Scale (MGS), la Texas Grief Inventory (TGI) adaptada para aborto y la Perinatal Bereavement Scale (PBS) (López García de Madinabeitia, 2010).

Por otra parte, aunque la atención suele enfocarse exclusivamente en la gestante, es importante reconocer que la pérdida afecta también a otras personas cercanas: la pareja, los hermanos, los abuelos. Cada uno lo vive a su manera, y esas diferencias no deben interpretarse como falta de amor o compromiso, sino como formas singulares de enfrentar el sufrimiento (Castro et al., 2023).

Acompañar estos procesos implica ofrecer tiempo, palabras y espacios seguros donde lo vivido pueda ser expresado y escuchado. La intervención psicológica, junto con la construcción de redes de apoyo, tiene un rol esencial en la prevención de patologías asociadas al duelo mal elaborado. Validar el dolor, reconocer la existencia del bebé aunque no haya nacido o haya vivido poco tiempo, y acompañar sin imponer, son formas concretas de cuidado que pueden marcar una diferencia significativa en la salud mental de las personas que atraviesan una pérdida perinatal (Castro et al., 2023).

3.4. Prematurez

El tiempo de gestación en el útero materno cumple un rol fundamental en el desarrollo y la maduración del bebé, ya que le permite prepararse progresivamente para su vida fuera del vientre. En condiciones normales, el nacimiento ocurre entre las semanas 37 y 42 de gestación, lo que se denomina “a término” (*World Health Organization, 2017*). Sin embargo, cuando el nacimiento tiene lugar antes de ese período, se habla de prematuridad, una condición que implica que el desarrollo biológico aún no se ha completado del todo (Gómez, 2023).

La prematuridad se clasifica en distintos grados, según el momento en que ocurre el parto: moderada (entre las semanas 36 y 31), extrema (de la semana 30 a la 28) y muy extrema (antes de la semana 28). Además, la Organización Mundial de la Salud introduce el peso al nacer como otro criterio relevante, considerando como bajo peso a los bebés que nacen con menos de 2500 gramos, muy bajo peso cuando es menor a 1500 gramos y extremadamente bajo peso cuando se encuentra por debajo de los 1000 gramos (OMS, 2023). Estas condiciones suelen requerir cuidados especiales, muchas veces en el contexto de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), donde interviene un equipo interdisciplinario compuesto por neonatólogos, enfermeras especializadas, psicólogos, puericultoras, trabajadores sociales y profesionales de estimulación temprana, entre otros.

En los últimos años, se ha avanzado en la implementación del modelo de UCIN abiertas, en el que se reconoce el rol activo de madres y padres como parte esencial del equipo de cuidado. Esto implica permitir y promover su presencia constante junto al bebé, incluso cuando este se encuentra en una incubadora. La participación puede darse de múltiples maneras, al hablarle, sostenerlo, alimentarlo, realizar contacto piel con piel o simplemente acompañarlo desde la cercanía física y afectiva. Estas prácticas no sólo favorecen el desarrollo del bebé, sino que también resultan protectoras para el bienestar emocional de la familia, ayudando a atenuar el impacto que supone un nacimiento prematuro (Gómez, 2015).

La experiencia de tener un hijo antes de término suele vivirse como un acontecimiento profundamente inesperado, que irrumpe de forma abrupta en el camino vital de la maternidad. Las madres y sus familias no solo se enfrentan a la vulnerabilidad clínica del recién nacido, sino también a la posibilidad real de complicaciones graves, incluso la muerte. Este contexto genera un elevado nivel de estrés, ansiedad e incertidumbre, dando lugar a sentimientos de miedo, tristeza, impotencia e inseguridad (Santos, 2022).

En estos casos, la mujer atraviesa una doble crisis, por un lado, la crisis vital y evolutiva propia del tránsito hacia la maternidad; por otro, una crisis circunstancial derivada de la internación de su bebé en una unidad neonatal. Esta separación inmediata genera una vivencia dolorosa, cargada de incertidumbre, no sólo en relación con los riesgos asociados a la salud del recién nacido, sino también con respecto a la propia identidad materna. Muchas madres expresan sentimientos de fracaso por no haber podido llevar su embarazo a término, lo cual perciben como una incapacidad para proteger a su hijo. Esta autopercepción de culpa las invade, haciendo que duden de su capacidad para sostener y cuidar a su bebé en un momento de máxima fragilidad (Caetano Gil, 2020).

En este contexto, la prematuridad se presenta como una realidad en aumento a nivel mundial, lo que exige reforzar no sólo los aspectos médicos del cuidado neonatal, sino también los dispositivos de acompañamiento emocional. Resulta fundamental reconocer el impacto psíquico que este tipo de experiencias puede tener en las madres, padres y familias, así como promover prácticas humanizadas que contemplen sus necesidades subjetivas y el ejercicio de sus derechos en el proceso de atención.

3.5. Psicoprofilaxis Obstétrica

La Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) se presenta como una herramienta fundamental para promover una vivencia del embarazo, parto y puerperio de forma consciente, informada y acompañada. Según Morales et al. (2014), la PPO va más allá de la preparación física de la mujer gestante. Se propone como un dispositivo de acompañamiento psicoemocional, fortalecimiento del vínculo con el bebé, y promoción de la autonomía en un momento vital especialmente sensible para la madre.

En este marco, los cursos de preparación para el nacimiento representan un recurso de gran valor dentro del modelo de atención integral. Estos espacios no solo ofrecen información relevante sobre el embarazo, el parto y el cuidado del recién nacido, sino que también abordan los desafíos emocionales y prácticos del posparto, considerando las particularidades de cada mujer, su entorno familiar y su contexto social. La inclusión de técnicas de respiración, relajación y conciencia corporal contribuye significativamente a que las mujeres transiten el trabajo de parto con mayor seguridad y menor ansiedad.

Desde esta perspectiva, la educación para el nacimiento se convierte en una estrategia clave para avanzar hacia un modelo de parto humanizado. Sus beneficios han sido ampliamente reconocidos: contribuye a disminuir el miedo y la ansiedad, mejora la experiencia subjetiva del parto, fortalece el vínculo temprano con el recién nacido, y reduce la necesidad de intervenciones médicas innecesarias. Además, fomenta la participación activa de la pareja o acompañante elegido, lo que incrementa la contención emocional de la mujer durante el proceso de parto.

Es fundamental, sin embargo, que estas propuestas se adapten a las realidades diversas de las mujeres gestantes. La PPO, cuando es implementada desde un enfoque interdisciplinario y respetuoso de los derechos, cobra especial relevancia en contextos de vulnerabilidad o ante embarazos de alto riesgo. En estos casos, el acompañamiento integral puede marcar una diferencia significativa en la vivencia de la maternidad.

En Uruguay, el Ministerio de Salud Pública (2017) establece que los cursos de preparación deben ofrecerse a partir de las 20 semanas de gestación y culminar antes del nacimiento. Estos espacios deben contar con condiciones adecuadas, infraestructura, materiales y profesionales capacitados y estar coordinados por una partera, con la participación de otros profesionales como psicólogos/as, trabajadores/as sociales, nutricionistas, ginecólogos/as y neonatólogos/as.

Contar con este tipo de preparación permite que las mujeres comprendan y se apropien de su experiencia de gestación y parto. En ausencia de este acompañamiento, el nacimiento puede vivirse como un hecho impuesto, altamente medicalizado, donde la mujer se percibe pasiva o insegura frente a las decisiones clínicas. La falta de herramientas prácticas como las técnicas de respiración, relajación o movimiento corporal puede hacer del trabajo de parto una experiencia angustiante o traumática, afectando negativamente el bienestar emocional durante el puerperio. Esto puede dificultar el establecimiento del vínculo temprano con el bebé, especialmente cuando el parto ha sido vivido de forma negativa (Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal, 2023).

En suma, la psicoprofilaxis obstétrica y los cursos de preparación para el nacimiento no solo aportan herramientas útiles para el momento del parto, sino que también ofrecen un espacio de contención, empoderamiento y construcción de significados compartidos, esenciales para vivir la maternidad desde una perspectiva de salud integral y de derechos.

3.6. Nacimiento

Las mujeres, desde siempre han sabido parir, han estado presentes en los nacimientos, acompañándose entre sí y transmitiendo saberes muy valiosos sobre el embarazo, el parto y el puerperio. Pero con el tiempo, y especialmente con el avance del modelo médico hegemónico, esos conocimientos fueron deslegitimados. Se los empezó a ver como inseguros o carentes de valor frente a una mirada más técnica, centrada en el control del cuerpo. Así, una experiencia que solía ser íntima, sostenida por otras mujeres, se convirtió en un procedimiento hospitalario, muchas veces rígido, estandarizado y despersonalizado. El cuerpo de la mujer gestante pasó a ser tratado como algo que necesita ser monitoreado e intervenido constantemente (García Jordá & Díaz Bernal, 2010; Ministerio de Salud Pública, 2014).

La medicalización del parto ha sido objeto de creciente crítica desde los enfoques que promueven una atención respetuosa, centrada en la mujer. Olza et al. (2022) expresan que el parto se ha transformado, en muchos contextos, en un evento clínico desprovisto de

significado emocional, donde se da más importancia al control profesional que a la vivencia individual. Desde otra perspectiva, Oiberman (2022) coincide en señalar que la excesiva intervención obstétrica puede interferir en el vínculo temprano madre-bebé, especialmente cuando se desatiende el impacto emocional del nacimiento. A su vez, la OMS (2017) ha llamado la atención sobre la necesidad de reducir prácticas innecesarias y promover el parto fisiológico, enfatizando el respeto a los derechos de las mujeres.

Hoy en día, muchas mujeres llegan a su parto sin la información necesaria, con miedo, sin sentirse protagonistas, y creyendo que todo lo que suceda lo tiene que decidir el equipo médico. Lo que podría vivirse como una experiencia poderosa y transformadora, se vuelve algo ajeno, medicalizado, e incluso traumático. En ese proceso se pierde el vínculo con el deseo propio, con la escucha del cuerpo, y se refuerza la idea de una mujer pasiva, que debe *ser atendida* en lugar de ser acompañada (García Jordá & Díaz Bernal, 2010).

En este contexto, toma fuerza el concepto de violencia obstétrica, una forma específica de violencia de género que ocurre en el ámbito sanitario. No se refiere sólo a situaciones extremas, sino también a prácticas comunes y naturalizadas, como la infantilización de la mujer, la falta de información, la desautorización o la realización de intervenciones sin consentimiento. Muchas veces, estas acciones se presentan como parte del “cuidado”, pero en realidad atentan contra la autonomía y el bienestar de quienes están atravesando el parto (García, 2017).

En Uruguay, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se buscó mejorar la calidad de la atención en salud desde una mirada integral y con enfoque de derechos. A partir de este nuevo marco, se han impulsado leyes importantes como la Ley 17.386 de 2001, que garantiza el derecho de toda mujer a estar acompañada durante el trabajo de parto y el parto, y la Ley 18.426 de 2009, que promueve el parto humanizado, respetando la intimidad y los tiempos biológicos y culturales de cada mujer (Magnone Alemán, 2010).

Hoy, el nacimiento institucional implica reconocer y acompañar no solo a la mujer gestante, sino también a su familia y al equipo de salud, con el objetivo de que todas las decisiones sean informadas, cuidadas y seguras. Se promueve un uso responsable de la tecnología, sin perder de vista el bienestar emocional y físico de quienes participan.

El parto no es solamente un hecho biológico. Está atravesado por historias personales, creencias culturales y estructuras sociales. Por eso, el modelo de nacimiento humano institucionalizado que se promueve desde el Ministerio de Salud Pública se basa en los

derechos sexuales y reproductivos, apostando a la autonomía de las mujeres, a su participación activa en las decisiones sobre su cuerpo y a una relación más horizontal y respetuosa con los equipos de salud (Del Castillo, 2024).

El parto vaginal generalmente ocurre entre las semanas 37 y 42 de gestación. En muchos casos, este proceso transcurre de forma natural, pero también pueden darse intervenciones médicas. Algunas de las más frecuentes son la inducción, la analgesia, el uso de fórceps o de ventosa. Aunque pueden ser necesarias en ciertas situaciones, no dejan de ser procedimientos invasivos que, incluso en ausencia de antecedentes traumáticos, pueden vivirse como violentos (De Lima, 2021). Por eso, es fundamental que estas prácticas se utilicen con criterio, respetando siempre la voluntad y el bienestar de la mujer.

Por otro lado, la primera hora de vida del recién nacido es un momento clave, no sólo en términos biológicos, sino también afectivos. El contacto piel con piel, en ese instante inicial, favorece una serie de procesos hormonales que fortalecen el apego y el impulso materno de cuidado. Sin embargo, muchas veces esta conexión temprana se ve interrumpida por intervenciones rutinarias del modelo médico tradicional, como el corte inmediato del cordón, la aspiración de secreciones o la separación para controles (Magnone Alemán, 2010). Estas acciones, aunque bien intencionadas, pueden afectar el vínculo madre-hijo desde el comienzo.

Frente a este panorama, es importante recordar que existen otras formas de parir. *La Guía de asistencia al parto en casa* (Associació Catalana de Llevadores, 2018) reconoce que el parto domiciliario es una opción válida y segura para mujeres sin complicaciones. Este tipo de parto ofrece beneficios concretos como ser, menos intervenciones médicas, mayor comodidad, mejor inicio de la lactancia y una experiencia generalmente más satisfactoria para las madres. Además, se construye un vínculo de respeto y confianza entre las mujeres y las matronas, con protocolos claros de derivación en caso de que sea necesario trasladarse a un centro hospitalario.

En países desarrollados, muchas mujeres prefieren tener a sus bebés en sus hogares o en casas de nacimiento, porque se sienten seguras y cuidadas. En los países donde no existen estos lugares se les brindara un parto humanizado, garantizando una experiencia respetuosa y cercana (Gutman, 1999).

En definitiva, la forma en que se acompaña el parto y el modo en que se atiende la primera hora de vida del bebé son aspectos fundamentales, no solo para la salud física, sino también para el bienestar emocional y el inicio del vínculo entre madre e hijo o hija. Apostar

por prácticas que respeten la autonomía de las mujeres, que valoren el contacto temprano y que eviten intervenciones innecesarias, es un paso necesario para que el nacimiento vuelva a ser vivido como una experiencia humana, digna y transformadora.

3.7. Cesárea

En el campo de la atención perinatal, la cesárea se presenta como una de las intervenciones quirúrgicas más relevantes que puede atravesar una mujer en el momento de parir. Si bien su función principal es proteger la vida y la salud de la madre y/o del bebé cuando hay razones médicas que lo justifican, con el tiempo su uso se ha extendido, muchas veces de forma innecesaria (OMS, 2021).

Desde 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) viene señalando que la tasa ideal de cesáreas no debería superar el 10 al 15% de los nacimientos. Sin embargo, esta recomendación ha quedado lejos de la realidad actual, las cifras han ido en aumento constante, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, entre ellos Uruguay.

Aunque la cesárea puede ser una herramienta fundamental en ciertas situaciones, cuando se realiza sin una necesidad clínica clara no trae beneficios concretos y, por el contrario, puede implicar más riesgos que el parto vaginal. Carolina Farías (2014) señala que entre estos riesgos se encuentran complicaciones como hemorragias, infecciones, reacciones a la anestesia y, en el recién nacido, problemas respiratorios. Asimismo, advierte que pueden presentarse consecuencias físicas y emocionales que perduran en el tiempo, afectando el bienestar general de la mujer y la manera en que vive su experiencia de parto y maternidad.

Como se trata de una cirugía mayor, resulta clave que las mujeres reciban información clara y accesible para que puedan tomar decisiones con autonomía. También es fundamental que se promueva el contacto temprano entre la madre y su bebé, y que se ofrezca contención emocional adecuada (De Lima, 2021).

En relación con las consecuencias más duraderas, se han identificado algunas experiencias que pueden dejar marcas: dificultades en la construcción del vínculo con el bebé, sentimientos de baja autoestima, emociones confusas y hasta cierto impacto psicológico por lo inesperado o lo abrupto de la intervención (De Lima, 2021).

Algunas mujeres atraviesan la experiencia de la cesárea sin mayores dificultades, pero para otras puede ser emocionalmente muy dura. Muchas veces no expresan lo que sienten por

culpa o presión social, aunque vivan tristeza, miedo o frustración. Cuando la cesárea es urgente o inesperada, puede ser recordado como un hecho traumático. Incluso cuando el bebé nace sano, puede aparecer una sensación de pérdida por no haber tenido el parto deseado. Además, el cansancio físico tras la cirugía, la falta de descanso y el tener que cuidar de un recién nacido sin haber recuperado fuerzas, pueden intensificar el malestar emocional (El Parto es Nuestro, s.f.)

Muchas veces, la recuperación es más larga y esto puede llevar a una separación temprana entre la madre y su hijo o hija. Cuando esa separación no está debidamente acompañada, puede dar lugar a emociones intensas como tristeza, culpa, miedo, o incluso una sensación de pérdida. Si el contacto con el bebé se ve limitado, se dificulta no solo el inicio del vínculo sino también el comienzo de la lactancia. Estas experiencias pueden dejar huellas en la vivencia del nacimiento y afectar la forma en que la mujer se percibe a sí misma como madre (Farías, 2014).

Frente a todo esto, es fundamental que los equipos de salud reconozcan el impacto emocional que puede tener una cesárea. Es necesario que se promueva una atención más humana, que respete los tiempos y las emociones de las mujeres. Acciones como permitir el contacto piel a piel lo antes posible, ofrecer apoyo emocional, comunicarse de forma clara y empática, y estar disponibles para responder preguntas y sostener a la madre, pueden marcar una gran diferencia en cómo se vive esta experiencia. Incluso cuando el nacimiento no ocurre como se esperaba, hay posibilidades de acompañar de manera respetuosa y sensible.

3.8. Lactancia

La lactancia materna exclusiva se define como la alimentación del lactante únicamente con leche materna, sin la incorporación de otros alimentos ni líquidos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda iniciarla dentro de la primera hora tras el nacimiento, sostenerla de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida y mantenerla a libre demanda.

Aunque ampliamente promovida como la forma óptima de alimentación del recién nacido, la lactancia puede ser vivida de maneras muy diversas, según las condiciones emocionales, sociales y culturales que atraviesa cada mujer. El estudio de Pérez Bravo y Moreno Hernández (2017) revela cómo las representaciones sociales en torno a la lactancia están fuertemente cargadas de idealizaciones que, en muchos casos, no se corresponden con la experiencia real. En la práctica, numerosas mujeres no logran sostener la lactancia durante

el tiempo recomendado, lo cual responde a múltiples factores: la temprana reincorporación al trabajo, las exigencias del mercado laboral, la falta de acompañamiento familiar, la medicalización del nacimiento y la escasa disponibilidad de espacios de escucha genuina dentro de los servicios de salud. Este escenario puede generar sentimientos de culpa, frustración o tristeza cuando no se alcanza la expectativa idealizada, afectando directamente la salud mental materna.

Sierra-García y Carrasco Ortiz (2021) subrayan que el acto de amamantar no se limita al aspecto nutricional, sino que también cumple una función afectiva esencial. En este sentido, forzar la lactancia en contextos de angustia emocional puede resultar perjudicial para la díada madre-bebé, interfiriendo en el establecimiento de un vínculo sano.

Cuando la lactancia materna se desarrolla en condiciones adecuadas, desempeña un papel clave en el desarrollo emocional del bebé. A través de este acto, se facilita la creación de un vínculo temprano con la figura materna, permitiendo que la madre reconozca las necesidades del niño y responda a ellas. Este proceso de sintonización emocional fortalece en el bebé la percepción de seguridad y protección, impactando positivamente en su desarrollo posterior (Pereira Silvera, 2017).

Desde una perspectiva psicológica, el acompañamiento profesional durante el período perinatal es fundamental para promover prácticas de cuidado saludables y desmitificar creencias culturales erróneas en torno a la lactancia. Como señala Pereira Silvera (2017), muchas de estas creencias se transmiten generacionalmente y pueden obstaculizar tanto el inicio como la continuidad de la lactancia. En este marco, la intervención oportuna de profesionales de la salud mental puede brindar contención emocional, ofrecer información clara y confiable, y contribuir al bienestar integral de la madre y su bebé.

3.9. Puerperio

El puerperio, también conocido como posparto, es una etapa profundamente transformadora que comienza tras el nacimiento y se extiende por un tiempo variable, según cada experiencia. Ramírez (2020) lo define como ese período en el que el cuerpo de la mujer va recuperando, poco a poco, un estado similar al que tenía antes del embarazo. Sin embargo, no existe un único criterio para establecer cuándo finaliza, ya que se trata de un proceso atravesado por factores físicos, emocionales y subjetivos.

Desde una mirada más amplia, la Dra. Soledad Díaz (s/f) (como se cita en Ramírez, 2020) define esta etapa como un proceso de transición, donde se pasa de la intensa conexión

entre la madre y el bebé durante el embarazo, hacia una etapa en la que ambos comienzan a ganar autonomía. Este proceso no es lineal, sino que cada mujer lo transita de manera singular, marcada por su historia, su entorno y el acompañamiento que recibe.

El puerperio suele dividirse en distintas fases. En primer lugar, el puerperio inmediato comprende las primeras 24 horas posteriores al parto, un momento crítico en el que el cuerpo inicia una intensa reorganización (Ramírez, 2020). Durante este tiempo, es muy importante realizar una vigilancia constante para prevenir complicaciones como hemorragias, ya que el cuerpo está en un estado de gran vulnerabilidad (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Luego, el puerperio precoz abarca los primeros diez días después del parto. Durante estos días se producen fuertes cambios hormonales, especialmente una caída de oxitocina y endorfinas, que puede afectar el estado emocional y físico de la madre. Además, comienza una etapa de adaptación al nuevo ritmo de vida, al cuidado constante del bebé, muchas veces en medio del cansancio, la falta de sueño o la demanda de otros hijos/as. En esta etapa, el organismo comienza a recuperarse de manera más evidente, el útero se contrae y vuelve a su tamaño habitual, y se controla que no haya infecciones ni otros problemas (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Más adelante, el llamado puerperio tardío se extiende hasta alrededor del final de la cuarentena. En este tramo, se vuelve especialmente importante el sostén del entorno y el respeto por los tiempos de la mujer, que continúa acomodándose a su nueva identidad y necesidades (Ramírez, 2020).

Por último, se suele hablar también de un puerperio alejado o puerperio emocional, una fase más subjetiva, que comienza cuando el sangrado cesa y el cuerpo ha retomado buena parte de su funcionalidad previa (Ministerio de Salud Pública, 2014; Ramírez, 2020). Este período puede extenderse mucho más allá de lo físico, y en muchos casos se vincula simbólicamente con el fin de la lactancia, como momento en que muchas veces señala también el cierre simbólico de este proceso.

Durante este periodo pueden emerger diversos estados emocionales complejos, tales como ambivalencia, ansiedad, tristeza, episodios depresivos e incluso conductas de abuso de sustancias, aspectos que se destacan como parte de la vulnerabilidad emocional que atraviesa la mujer en ese momento (Sierra & Carrasco, 2021).

Capítulo 4. Psicopatologías Frecuentes en el Periodo Perinatal

En 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció el Día Mundial de la Salud Mental Materna, celebrado el primer miércoles de mayo, con el objetivo de concientizar sobre su importancia y fomentar el desarrollo de estrategias para su prevención, detección y tratamiento.

A pesar de su importancia, la salud mental perinatal continúa siendo una de las dimensiones menos abordadas dentro del sistema de salud. Si bien el embarazo y el posparto son momentos en los que las mujeres mantienen un contacto frecuente con los servicios de salud, la dimensión emocional suele quedar en un segundo plano. En general, los controles obstétricos se realizan con regularidad, pero rara vez se exploran antecedentes de ansiedad, depresión u otros malestares emocionales, lo que limita la posibilidad de una detección y atención temprana. Uno de los factores que contribuye a esta situación es la falta de formación específica y la escasez de profesionales en salud mental. Tal como señala la Organización Mundial de la Salud (2022),

“el apoyo de salud mental que muchas mujeres necesitan puede proporcionarse durante una consulta rutinaria de Salud Materno-Infantil. Por ejemplo, se puede dar información sobre cómo controlar el estrés y utilizar el apoyo de amigos y familiares. Las mujeres que experimentan muchas dificultades durante mucho tiempo necesitarán apoyo adicional, ya sea dentro de los servicios de SMI o de un especialista en atención a la salud mental” (p. 7).

Durante el embarazo y el posparto, los cambios hormonales, fisiológicos, psicológicos y sociales generan una mayor vulnerabilidad psíquica. Se estima que aproximadamente el 80 % de las mujeres pueden experimentar desde síntomas leves y transitorios como tristeza, irritabilidad o dificultades para vincularse con el bebé hasta cuadros más graves que incluyen ideación suicida (Al-Halabí et al., 2021; Ramírez & Muñoz, 2024).

En ocasiones estos trastornos no son reconocidos como tal, sino que se interpretan como falta de capacidad de la mujer para desempeñarse y afrontar los nuevos desafíos de la maternidad. La falta de reconocimiento de estos trastornos en los servicios de salud retrasa su diagnóstico y tratamiento, lo que impide que la mujer reciba atención oportuna,

agravando el malestar y afectando a la madre, el bebé y su entorno familiar (Medina-Serdán, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente un 10% de las mujeres embarazadas y un 13% de las mujeres en el posparto a nivel mundial atraviesan algún trastorno mental, siendo la depresión el trastorno más frecuente. A pesar de que estos cuadros son tratables, la atención en salud mental durante este período continúa siendo escasa. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), solo el 1% del personal de salud a nivel mundial brinda servicios específicos en salud mental, lo que evidencia una gran brecha entre las necesidades y la respuesta del sistema. Esta falta de recursos humanos capacitados representa una de las principales barreras para la detección y el tratamiento oportuno de los trastornos mentales perinatales, especialmente en países de ingresos bajos y medianos, donde la disponibilidad de especialistas en salud mental es aún más reducida (Baró, 2022; OMS, 2022).

En este contexto, la transición a la maternidad cobra especial relevancia siendo una experiencia compleja y profundamente transformadora. Aunque suele estar socialmente idealizada como un momento de plenitud, también puede implicar desafíos emocionales significativos (Gutman, 1999). El embarazo, el parto y el puerperio enfrentan a las mujeres con múltiples cambios físicos, psicológicos y sociales, así como con nuevas responsabilidades y expectativas. Para Laura Gutman (1999), esta idealización impide a muchas mujeres hablar abiertamente de su sufrimiento, generando sentimientos de culpa, vergüenza y aislamiento. Es fundamental comprender que no todas las mujeres viven esta etapa como algo positivo, validar sus emociones, escuchar sus historias y reconocer sus necesidades es clave para una atención ética, empática y basada en derechos. (Sierra-García & Carrasco Ortiz, 2017; OMS, 2022).

Los malestares emocionales en el embarazo y posparto no deben minimizarse. Detrás de tristeza o ansiedad pueden estar duelos, violencia o falta de apoyo. Este período puede generar emociones intensas que, en contextos vulnerables, requieren acompañamiento profesional. No se trata solo de tratar síntomas, sino de estar presentes de forma humana, reconociendo a cada mujer en su singularidad, promoviendo su bienestar emocional y favoreciendo el vínculo con su bebé (Baró, 2022; MSP, 2014; OMS, 2022; Sierra-García & Carrasco Ortiz, 2017).

4.1. Estrés Durante el Embarazo

Factores como experiencias vitales adversas, enfermedades, dificultades económicas o relaciones interpersonales conflictivas pueden generar altos niveles de estrés durante el embarazo, impactando de forma negativa tanto en la salud de la gestante como en el desarrollo del bebé. Asimismo, variables como el carácter deseado o no del embarazo, la edad materna, la calidad del vínculo con la pareja y la presencia de antecedentes de trastornos mentales que pueden reactivarse o intensificarse durante el período perinatal son elementos clave para comprender el bienestar psicoemocional de la mujer en esta etapa (Gonzalez, 2015).

Este estrés puede alterar los niveles hormonales, reducir el flujo de oxígeno hacia el feto y aumentar el riesgo de complicaciones como bajo peso al nacer, parto prematuro o incluso aborto espontáneo, especialmente cuando se presenta en las primeras semanas de gestación (Gaviria, 2006).

En ciertos casos, las situaciones altamente estresantes vividas en este periodo pueden adquirir un carácter traumático, dejando una huella psíquica profunda en la mujer. El trauma puede entenderse como una “herida psíquica” que surge frente a un acontecimiento emocionalmente abrumador que excede las experiencias habituales de la vida y representa una amenaza real para la vida o la integridad física, propia o de terceros. La capacidad de respuesta ante dicho evento dependerá de los recursos personales, del entorno y de las condiciones psicosociales del sujeto. Cuando los mecanismos de afrontamiento resultan insuficientes, el trauma puede derivar en la aparición de un trastorno como el estrés postraumático (Carvajal, 2002).

El parto, por su parte, también puede vivirse como una experiencia estresante o incluso traumática, especialmente cuando se atraviesa sin la información adecuada, con intervenciones médicas no consentidas o sin un acompañamiento respetuoso. Se estima que aproximadamente un tercio de las mujeres perciben su parto como traumático, lo que puede desencadenar síntomas de TEPT o incrementar el riesgo de depresión posparto (Marín Morales et al., 2013; Ramírez, 2020).

En este sentido, resulta fundamental promover entornos respetuosos, contar con un plan de parto, mantener una comunicación clara con el equipo de salud, recibir información suficiente y brindar apoyo emocional continuo no solo fortalecen la vivencia del embarazo y del parto, sino que también actúan como factores protectores clave frente al desarrollo de trastornos como el estrés postraumático (Herrador, 2023).

4.2. Ansiedad Perinatal

La ansiedad durante el embarazo y el puerperio es una reacción frecuente. Muchas mujeres sienten preocupación por la salud del bebé, temor al parto o inseguridad frente a su nuevo rol. Si bien estos sentimientos pueden considerarse esperables, cuando se intensifican o persisten, pueden interferir con el bienestar emocional y afectar el vínculo materno-fetal (González-González et al., 2024).

Factores como el aislamiento, la pobreza, la falta de redes de apoyo o antecedentes traumáticos incrementan el riesgo. Se estima que entre el 10 % y el 15 % de las mujeres desarrollan trastornos de ansiedad en esta etapa, que pueden manifestarse como ataques de pánico, síntomas obsesivos o trastornos del sueño, a menudo enmascarados por el cansancio o la irritabilidad (Contreras-Carreto et al., 2022; Lopes et al., 2022). Además, la ansiedad durante la gestación constituye un factor de riesgo para la aparición de depresión posparto, lo que refuerza la necesidad de abordajes integrales (Coo Calcagni et al., 2021).

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno relacionado con la ansiedad, caracterizado por pensamientos intrusivos y conductas repetitivas que generan malestar. Durante el embarazo y el puerperio, las mujeres tienen mayor riesgo de presentar síntomas obsesivo-compulsivos, especialmente vinculados al bienestar del bebé, como el miedo a hacerle daño. Aunque algunas obsesiones son frecuentes en este período y no requieren tratamiento, en ciertos casos pueden afectar el vínculo materno-infantil y la calidad de vida (Laporta & Latorre, 2020).

4.3. Depresión Perinatal

La depresión perinatal abarca tanto la depresión durante el embarazo como la que ocurre después del parto. Se trata de una forma significativa, aunque frecuentemente subestimada, de malestar emocional que puede afectar profundamente la salud mental de la mujer, el desarrollo del bebé y el entorno familiar.

Durante la gestación, entre el 10 % y el 20 % de las mujeres pueden experimentar síntomas como tristeza persistente, fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, irritabilidad o incluso ideación suicida (Contreras-Carreto et al., 2022).

Por su parte, la depresión posparto es uno de los trastornos emocionales más prevalentes en el período perinatal. Se manifiesta a través de tristeza intensa y sostenida, sentimientos de culpa, desesperanza, ansiedad, irritabilidad, insomnio y dificultades en el vínculo con el bebé. El DSM-5, la incluye dentro de trastornos depresivos mayores, cuando los síntomas aparecen durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas tras el parto (Almazo &

Molina, 2023; Ramírez & Muñoz, 2024). Sin embargo, en muchos casos, los síntomas ya están presentes en la gestación y se intensifican en el puerperio.

Además de su impacto en la salud mental materna, puede influir negativamente en el desarrollo infantil y la dinámica familiar. La pareja también puede verse afectada, experimentando emociones como miedo, impotencia o enojo (Ramírez & Muñoz, 2024).

A pesar de su frecuencia, la depresión perinatal continúa siendo poco reconocida y tratada, debido al estigma, la naturalización del sufrimiento materno y la falta de formación específica del personal de salud (Ramírez, 2020). Existen determinantes psicosociales claves como la violencia, la pobreza, la carencia de redes de apoyo o historias de trauma no elaboradas. Por ello, desde un enfoque de derechos, es fundamental crear espacios de escucha activa, que promuevan la autonomía de las mujeres y validen sus emociones (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) reconoce que brindar una atención integral y oportuna a las mujeres durante el embarazo y el posparto representa una estrategia central para enfrentar los desafíos asociados a la salud mental materna. Desde 2022, las Metas Asistenciales incorporan un componente específico para la atención de mujeres embarazadas y puérperas, mediante incentivos económicos a los prestadores para mejorar la calidad del servicio (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Desde el año 2023, esta estrategia se formalizó dentro de los objetivos del MSP, implementando el uso de la Escala de Edimburgo, una herramienta validada para la detección temprana de síntomas de depresión posparto, aplicada a mujeres que cursan su primer embarazo. Cuando los resultados sugieren la presencia de malestar emocional o síntomas compatibles con depresión, las usuarias son derivadas a consulta con el equipo de salud mental para su evaluación y acompañamiento (Ministerio de Salud Pública, 2024).

El uso de herramientas como la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, combinado con entrevistas clínicas y la observación del vínculo madre-bebé, permite realizar intervenciones oportunas. Los tratamientos disponibles incluyen psicoterapia, apoyo social y, cuando es necesario, medicación, priorizando siempre el bienestar de la mujer y respetando su voluntad (Ramírez & Muñoz, 2024).

4.4. Tristeza Posparto (Baby Blues)

La tristeza posparto, también conocida como *baby blues*, es una reacción emocional transitoria que afecta a la mayoría de las mujeres en los primeros días posteriores al parto. Se estima que entre el 50 % y el 70 % experimentan esta forma leve de alteración anímica, caracterizada por llanto fácil, irritabilidad, ansiedad, cansancio y sensación de tristeza sin causa aparente (Paolini, 2022).

Lejos de constituir una patología, se considera una respuesta adaptativa frente al impacto físico y emocional del nacimiento, los cambios hormonales y la reorganización subjetiva implicada en la maternidad. Se trata, por lo general, de síntomas pasajeros que remiten espontáneamente en el transcurso de dos a tres semanas, sin que sea necesario un abordaje terapéutico (Ramírez & Muñoz, 2024).

En este sentido, el rol del equipo de salud es clave. Brindar información clara, desmitificar la maternidad idealizada y ofrecer una escucha empática contribuye a que las mujeres transitan esta etapa con mayor confianza (Gutman, 1999). A su vez, realizar un seguimiento permite identificar si estos síntomas se agravan o persisten, ya que podrían estar dando lugar a una depresión posparto (Paolini, 2022; OMS, 2022).

4.5. Psicosis Posparto

La psicosis posparto es un trastorno psiquiátrico grave pero infrecuente, con una prevalencia estimada de entre 0,1 % y 0,2 %. Generalmente aparece en las primeras semanas tras el parto y constituye una emergencia médica. Se caracteriza por alucinaciones, delirios, insomnio grave, euforia o retraimiento, pensamientos desorganizados y pérdida del juicio de realidad. La psicosis posparto, aunque poco frecuente, puede implicar un alto riesgo si no se detecta y trata a tiempo. En aproximadamente un 10 % de los casos, puede derivar en situaciones extremas como el suicidio o el infanticidio (Ramírez, 2020; Postpartum Support International, s. f.)

Factores de riesgo incluyen antecedentes personales o familiares de trastornos psicóticos, parto traumático o situaciones de estrés extremo. El tratamiento debe ser inmediato e integral, combinando internación, estabilización farmacológica y acompañamiento psicológico. Si bien es un cuadro severo, con una atención adecuada muchas mujeres pueden recuperarse y restablecer el vínculo con su hijo. La intervención temprana es clave para la recuperación y la seguridad de la madre y el bebé (Sociedad Marcé Española, s. f.; Postpartum Support International, s. f.).

Capítulo 5. Prácticas emergentes en Salud Mental Perinatal

La presente tesis propuso explorar el rol del psicólogo/a en el acompañamiento a mujeres durante el período perinatal, desde una perspectiva de salud integral y de derechos. En este capítulo, se profundiza la mirada perinatal, a partir del análisis de tres entrevistas realizadas en mayo y junio del corriente año a profesionales que se desempeñan actualmente en el área de salud mental; dos entrevistas presenciales con la Dra. Inés Acosta, Psiquiatra Pediátrica con especialización en Psiquiatría Perinatal, y la Licenciada Ana Aguirre, Psicóloga Perinatal, ambas integrantes del Equipo de Salud Mental Perinatal de la Dirección Nacional de Sanidad Policial de Montevideo; y una entrevista por videollamada con la Licenciada Camila Viera, Psicóloga Perinatal referente del Equipo de Psicología Perinatal del Hospital de Fray Bentos de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

El objetivo de este capítulo es visibilizar el surgimiento y desarrollo de los modelos de atención vinculados a la Psicología Perinatal que se están implementando en Uruguay, aún de forma incipiente, generando transformaciones significativas.

La salud mental perinatal aún no ha sido plenamente incorporada a los sistemas de salud en Uruguay. Sin embargo, las entrevistas evidencian cómo estos equipos han logrado posicionar esta área a partir de la identificación de necesidades clínicas, el compromiso institucional y la creación de sus propios dispositivos de trabajo.

En el caso del Servicio de la Dirección Nacional de Sanidad Policial, el equipo conformado por la Dra. Psiquiatra Acosta y la Lic. en Psicología Perinatal Aguirre, ha desarrollado un servicio de atención integral en salud mental que comenzó en diciembre de 2017. Tal como señala Acosta:

“intentamos poner el foco en todos los protagonistas: a la mamá con su bebe, al vínculo mamá-bebé, a la familia, si hay un papá, una pareja y muchas veces hermanitos” (comunicación personal, 10 de junio de 2025).

Se trata de un dispositivo que ofrece atención continua durante todo el proceso:

“La idea del proyecto era integrarse a los cuidados en la etapa de la perinatalidad, entonces la idea era poder acompañar, asistir a todas las usuarias

en búsqueda de embarazo, toda la gestación, nacimiento y hasta los nueve, doce meses del posparto” (Acosta, comunicación personal, 10 de junio de 2025).

Actualmente incluye atención en piso (sala de maternidad), policlínicas especializadas en psicología y psiquiatría perinatal, grupos terapéuticos para puérperas y articulaciones con otros servicios del hospital, como ginecología y neonatología.

“hoy, retomando, están la Policlínica de Psicología Perinatal, la Policlínica de Psiquiatría Perinatal en dupla con la psiquiatra de adultos y Ana, esto ya te lo conté. La Policlínica que se llama Salud Mental Perinatal, Ana y yo, después está la asistencia en piso, ya sea en emergencia, de obstetricia, ginecología o en neonatología, la atención en la UCI neonatal, en cuidados moderados en el alojamiento conjunto” (Acosta, comunicación personal, 10 de junio de 2025).

Esta experiencia da cuenta de la implementación de un modelo de atención que considera no solo a la madre, sino también al padre, hermanos y red familiar como parte activa del proceso. La construcción de la maternidad no se experimenta de forma aislada, sino que se configura en relación directa con el contexto que la rodea (Olza et al., 2021).

Como señalan las entrevistadas, esta perspectiva integral responde tanto a una necesidad detectada por el equipo como al apoyo institucional que permitió adaptar las estrategias de atención a las características de la población usuaria, compuesta mayoritariamente por familiares de policías.

“De alguna manera la familia es la usuaria del centro de salud, también poder implementar estrategias de cuidado y asistenciales con estas características requería de dispositivos pensados más a la carta a la medida” (Aguirre, comunicación personal, 10 de junio de 2025).

Dentro de los recursos que han implementado mencionan los talleres psicoterapéuticos para madres en puerperio:

“Otra de las cosas que hemos implementado desde el año pasado son talleres psicoterapéuticos para mamás en puerperio que son unos seis encuentros quincenales, concurren presencial mama con bebé, que la verdad están siendo experiencias maravillosas, la potencia de lo grupal es divino” (Aguirre, comunicación personal, 10 de junio de 2025).

Estos espacios propician que las mamás expresen sus emociones y sientan que no están solas en este proceso, favoreciendo así un acompañamiento más humano y empático.

Uno de los aportes más significativos del equipo del Hospital Policial ha sido la elaboración y publicación, en 2020, de la *Guía de atención para profesionales que acompañan la muerte y duelo perinatal*. Esta guía, inspirada en buenas prácticas internacionales, promueve una atención respetuosa, simbólica y humanizada ante situaciones de muerte gestacional o neonatal.

La implementación de estrategias simbólicas, como las “habitaciones de despedida”, el uso de la mariposa azul y las cajitas de recuerdo, representa un abordaje empático y sensible que permite facilitar procesos de duelo saludable, enfatizando la importancia del “tiempo cero” para evitar que la experiencia asistencial aumente el sufrimiento.

“en el tiempo cero del duelo lo que se hace es acompañar a quien esté: el ginecólogo, el neonatólogo, el equipo que esté disponible va a acompañar” (Acosta y Aguirre comunicación personal, 10 de junio de 2025).

Además, junto al equipo de enfermería, elaboraron un folleto informativo breve sobre sueño seguro, lactancia y señales de alarma en la salud emocional materna, que incluye también los datos de contacto del equipo de psicología perinatal para posibles seguimientos. Este recurso, entregado una vez que se tiene el alta, busca brindar información esencial sin sobrecargar a las familias en un momento especialmente sensible, y garantizar que todas las madres conozcan la existencia del dispositivo de salud mental perinatal.

Desde otra realidad institucional y territorial, la Licenciada Camila Viera aporta la experiencia de una práctica centrada en la atención comunitaria desde el Hospital Doctor Angel Maximiliano Cuervo de Fray Bentos de ASSE, integrando un equipo interdisciplinario de salud mental comunitaria.

“Fui practicante, fui residente¹, me gradué de Especialista de Servicios de Salud y uni estas dos cuestiones como formativas y de potencial para generar una nueva práctica y junto con una practicante y una residente empezamos a trabajar juntas las tres en la maternidad” (Viera, comunicación personal, 14 de mayo de 2025).

Desde 2023, el Equipo de Psicología Perinatal viene desarrollando un proyecto que busca transformar el abordaje tradicional de la salud mental durante el embarazo y el posparto. En

¹ Programa de Practicantado y Residentado, convenio ASSE-Facultad de Psicología, UR.

su relato, Viera destaca que históricamente las intervenciones en salud mental perinatal se limitaban a interconsultas puntuales ante crisis o cuadros clínicos severos, pero señala la necesidad de avanzar hacia una intervención más integral y preventiva:

“Poder empezar a posicionar la salud mental perinatal como una necesidad de intervención en el campo de la salud (como en tu embarazo) y también en el campo de la enfermedad, de cuando hay una psicopatología” (Viera, comunicación personal, 14 de mayo de 2025).

Reconocer esto implica superar la fragmentación tradicional del sistema de salud (Baró, 2022; OMS, 2022) e incorporar la perspectiva comunitaria, intersectorial y basada en derechos.

Viera enfatiza también que muchas mujeres transitan el embarazo en condiciones de extrema vulnerabilidad social, con escasa o nula red de apoyo. Esta realidad exige una atención sensible, contextualizada y articulada con otros dispositivos comunitarios y sociales (Conecta Perinatal, 2022; Baró, 2022).

“muchas tienen una red de apoyo divinas, muchas amigas, la madre. Hay otras que están muy solas. Las que están en situación de consumo problemático ni que hablar. Situaciones sociales muy severas, muy complejas, casi sin redes, en situaciones de calle... acá no hay muchas situaciones, en Montevideo está lleno” (Viera, comunicación personal, 14 de mayo de 2025).

Su equipo realiza intervenciones tanto en la sala de maternidad como en seguimiento ambulatorio, incorporando psicoeducación, coordinación interinstitucional con CAIF, MIDES, INAU y otras redes sociales, fortaleciendo la protección de la salud mental materna en contextos con recursos limitados.

“Los objetivos generales de nuestro trabajo son promover la salud mental materna y prevenir psicopatologías en mujeres y bebés desde la gestación hasta el primer año de vida” (Viera, comunicación personal, 14 de mayo de 2025).

Destacando la importancia de la continuidad y el abordaje integral.

“Hacemos como intervenciones en la sala, intervenciones con esas mujeres que desean continuar en ambulatorio, sea presencial o telefónico y en realidad hacemos un trabajo importante con otras instituciones. ” (Viera, comunicación personal, 14 de mayo de 2025).

Este modelo reafirma la importancia de no naturalizar la ausencia de acompañantes o redes de soporte, y de considerar las desigualdades, violencias y tensiones sociales que atraviesan el período perinatal (OMS, 2022). Tal como señala Viera, detrás de una apariencia de normalidad pueden ocultarse situaciones críticas, que sólo emergen cuando se habilita un espacio de escucha atenta y sin juicio. Esto refuerza la importancia de promover dispositivos de atención que reconozcan la singularidad de cada historia.

“No naturalizar a que esto suceda. Porque a veces está todo bien, está todo divino, pero hacemos tres preguntas y está salada la situación” (Viera, comunicación personal, 14 de mayo de 2025).

Los procesos que atraviesan las mujeres durante el período perinatal no pueden separarse de su contexto social, cultural y afectivo, lo que demanda una atención personalizada y respetuosa (Oberman, 2022).

Este equipo de Psicología Perinatal desarrolló herramientas para facilitar la detección temprana y orientación en sala. Entre ellas una *Guía de Abordaje Clínico en Salud Mental Perinatal*, que propone un sistema tipo triage para identificar situaciones complejas y determinar si es necesario realizar una interconsulta. Junto a esta guía, el equipo elaboró materiales informativos y una ficha específica de derivación al equipo de Psicología Perinatal, que incorpora datos relevantes sobre la madre, el padre y el bebé, así como información clínica y social. Todo este material se encuentra disponible en la sala de maternidad, con el fin de acompañar al equipo de salud en su labor diaria y favorecer una atención más integral, sensible y oportuna.

“La idea es hacer algunas cositas para afuera, puntuales. Hemos hecho algunos folletos, algunos afiches, los hemos puesto en centros de salud, en policlínicas barriales” (Viera, comunicación personal, 14 de mayo de 2025).

Estos abordajes reconocen al período perinatal como una etapa especialmente sensible, que puede representar tanto un riesgo como una oportunidad para la intervención preventiva y la promoción del bienestar (OMS, 2022; Conecta Perinatal, 2022).

Las entrevistas realizadas aportan información valiosa sobre cómo se construyeron dispositivos que reconocen la singularidad de cada mujer, la importancia de la red familiar y la necesidad de ofrecer espacios terapéuticos que validen las emociones y experiencias vinculadas al embarazo, parto y puerperio.

Estas prácticas parten de una visión integral de la salud (OMS, 1948), que no se reduce a la ausencia de síntomas, sino que también incluye el bienestar emocional, la calidad de los vínculos y los significados que cada persona le da a su experiencia.

La creación de grupos terapéuticos para puérperas y la inclusión del acompañamiento a padres y hermanos refuerzan la importancia de pensar a la mamá en contexto y con historia, uno de los ejes centrales del enfoque integral.

En los relatos de Acosta, Aguirre y Viera aparece un eje común: la necesidad de mayor formación, sensibilización institucional y políticas públicas específicas en salud mental perinatal.

Desde la perspectiva de esta tesis, las entrevistas analizadas refuerzan la idea de que el rol del psicólogo en el período perinatal no puede limitarse a intervenciones clínicas puntuales, sino que requiere del sostén de dispositivos institucionales, comunitarios y familiares. A su vez, es imprescindible seguir construyendo conocimiento, herramientas y marcos normativos que acompañen el desarrollo de este campo, aún emergente, pero con un fuerte potencial transformador.

Conclusiones

Esta tesis abordó la salud mental perinatal como un campo emergente y fundamental dentro de los sistemas de atención en salud, con especial énfasis en el rol del psicólogo/a en el acompañamiento a mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. A partir de un enfoque integral y de derechos, se visibiliza la necesidad de incorporar la salud mental como un pilar esencial de los cuidados perinatales, reconociendo la complejidad de esta etapa vital y su impacto en la salud emocional de la madre, el bebé y el entorno familiar.

A lo largo de esta tesis se identificaron las psicopatologías frecuentes en el periodo perinatal, las barreras para el acceso a la atención, así como las oportunidades que brinda este período para intervenciones preventivas y de promoción del bienestar.

La incorporación de las entrevistas realizadas a las profesionales del Hospital Policial de Montevideo y del Hospital de Fray Bentos aportaron ejemplos concretos de prácticas que, aunque incipientes, muestran un avance significativo en la construcción de dispositivos sensibles, respetuosos y contextualizados.

Estas experiencias dan cuenta de modelos de atención que integran la escucha activa, el trabajo interdisciplinario, la atención a las redes de apoyo y la inclusión del entorno familiar. Además, evidencian cómo, aún en contextos institucionales distintos, es posible generar transformaciones a partir del compromiso de los profesionales, la identificación de necesidades y la construcción de abordajes centrados en las personas.

Avanzar en salud mental perinatal implica no solo fortalecer la formación profesional, sino también consolidar políticas públicas, marcos normativos y dispositivos específicos que reconozcan el derecho a una atención integral y respetuosa. El desafío es continuar construyendo prácticas que no solo respondan al sufrimiento, sino que también habiliten el cuidado, la prevención, contribuyendo así a un bienestar profundo y duradero para madres, bebés y familias.

En este sentido, es importante no naturalizar el malestar que muchas mujeres atraviesan durante el período perinatal, así como evitar su estigmatización. Escuchar activamente, comprender sus emociones y valorar sus experiencias resulta fundamental para avanzar hacia una atención verdaderamente centrada en las personas. Además, este campo abre la posibilidad de continuar investigando y de fortalecer el rol del psicólogo/a en ámbitos donde la salud mental ha tenido escasa presencia.

Referencias

- Al-Halabí, S., García-Haro, J., y Rodríguez-Muñoz, M. de la F. (2021). Conducta suicida y periodo perinatal: Entre el tabú y la incompreensión. *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 129–137. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2963>
- Almazo Epinayu, A., y Molina Uriana, C. A. (2023). *Salud mental descrita desde un enfoque diferencial en pacientes gestantes de una institución de salud en el municipio de Uribía* [Tesis de grado, Universidad Antonio Nariño]. <https://repositorio.uan.edu.co/server/api/core/bitstreams/c503d309-c4b0-49c4-b73d-c05e34bd3858/content>
- Associació Catalana de Llevadores. (2018). *Guía de atención al parto en casa para profesionales*. https://www.llevadores.cat/docs/publicacions/Guia_PartCasa_2018.pdf
- Baró, S. (2022). *Importancia de la psicología en la atención y cuidados perinatales: Una revisión sistemática*. *RihumSo. Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, 21, 19–33. <https://doi.org/10.54789/rihumso.22.11.21.2>
- Caetano Gil, E. B. (2022). *Nacer antes de tiempo: Repercusiones de la prematuridad y estrategias de intervención* [Trabajo final de grado, Facultad de Psicología, Universidad de la República]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/25192>
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 20-34. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Castro, O. P., Pastor Montero, S. M., Vaello Robledo, A., Romero Sánchez, J. M., Bas Sarmiento, P., Fernández Gutiérrez, M., Soldevilla Pérez, S., y Moreno Corral, L. J. (2023). *Guía para la planificación anticipada de los cuidados en la muerte gestacional y vuelta a casa*. Universidad de Cádiz.
- Conecta Perinatal. (2022). *Mejorar el cuidado de la salud mental perinatal: Fundamentos, propuestas y peticiones*. Alianza Hispanohablante por la Salud Mental Perinatal y de la Familia “Conecta Perinatal”. https://conectaperinatal.com/pdf/ASMI_Memoradum_13sep2022_.pdf

- Contreras-Carreto, N. A., Moreno-Sánchez, P., Márquez-Sánchez, E., Vázquez-Solares, V., Pichardo-Cuevas, M., Ramírez-Montiel, M. L., Segovia-Nova, S., González-Yóquez, T. A., y Mancilla-Ramírez, J. (2022). Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cirugía y Cirujanos*, 90(4), 564–572. <https://doi.org/10.24875/ciru.21000003>
- Coo Calcagni, S., Mira Olivos, A., García Valdés, M. I., y Zamudio Berrocal, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediátrica*, 92(5), 724–732. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519>
- Curotto Araújo, S. (2017). *Vivencias de la pareja frente al diagnóstico de infertilidad* [Trabajo final de grado, Facultad de Psicología, Universidad de la República]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/10913>
- Da Silva, K. (2015). *La experiencia del parto: el derecho a ser protagonista* [Monografía, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay]. Repositorio COLIBRI. <http://hdl.handle.net/20.500.12008/7893>
- Del Castillo, R. (2024). Salud materno-infantil y salud mental perinatal: Un ámbito de mejora en la sanidad española. *Revista Española de Salud Pública*, 98. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272024000100452&lng=es&tlng=es.
- Díaz, S. (s.f.). *El período postparto*. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Recuperado el 1 de junio de 2025, de https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Posparto_y_lactancia/el_periodo_postparto.pdf
- Echeverría, M. (2013). *¿Cuál es el rol del psicólogo perinatal?* *Psicología Perinatal*. Recuperado el 19 de junio de 2025, de <http://www.psicologiaperinatal.blogspot.com>
- El Parto es Nuestro. (s.f.). *El impacto de la cesárea*. Recuperado el 30 de abril de 2025, de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/cesarea-y-pvdc-parto-vaginal-despues-de-cesarea/la-cesarea/el-impacto-de-la-0>

- Farías, C. (2014). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia* [Tesis de maestría, Universidad de la República, Facultad de Psicología]. Instituto de Psicología de la Salud. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/4473>
- Fernández Lorenzo, P., y Olza, I. (2020). *Psicología del embarazo*. Madrid. Editorial Síntesis.
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139–149. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (s.f.). *Contribuyendo a que cada embarazo sea sin riesgo: Salud materna*. <https://lac.unfpa.org/es/topics/salud-materna>
- Furtado, L. (2015). *La dolorosa pérdida de una ilusión: pérdida gestacional* [Trabajo final de grado, modalidad monografía, Universidad de la República, Facultad de Psicología]. Repositorio Colibrí. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/8000>
- García Díaz, L., Antiñolo Gil, G., Puertas Prieto, A., y Blasco Alonso, M. (2023). *Comunicación y manejo emocional de malas noticias en diagnóstico prenatal*. Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO). <https://sagoandalucia.com/docs/guias/Psicosocial/malasNoticiasenDiagnosticoPrenatal.pdf>
- García Jordá, D., y Díaz Bernal, Z. (2010). *Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio*. Museo Antropológico Montané, Facultad de Biología de la Universidad de La Habana. <https://www.redalyc.org/pdf/214/21416138007.pdf>
- García, E. M. (2017). Hacia los partos empoderados: Recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers Feministes*, (22), 87–106. <https://doi.org/10.6035/Dossiers.2017.22.6>

- Gaviria, A. S. L. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 210–224. <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635206.pdf>
- Gazzola, L. de P. L., Leite, H. V., y Gonçalves, G. M. (2020). Comunicación de malas noticias relativas a malformaciones congénitas: Reflexiones bioéticas y jurídicas. *Revista Bioética*, 28(1), 38–46. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281365>
- Gómez, M. C. (2015). *Guía para padres de bebés nacidos prematuros. La internación / Guide for parents of babies born prematurely. Hospitalization*. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental Dr. Horacio J.A. Rimoldi (CIIPME), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) – Universidad de Buenos Aires (UBA). <https://www.redalyc.org/pdf/180/18043528009.pdf>
- González Barreiro, A. (2015). *La salud mental de la mujer en la edad gestacional* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/11836/TFG-H232.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- González-González, N. L., Aedo-Vergara, A. A., y Rojas-Vargas, M. M. (2024). Síntomas de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas que asisten a controles prenatales. *Revista Electrónica de Salud Mental Perinatal*, 10(1), 1–12. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282024000100110
- González Hoyos, D. M. (2006). *Educación para el cuidado materno perinatal: Una propuesta para reflexionar*. *Hacia la Promoción de la Salud*, 11, 81–93. <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1936/1852>
- Guarino, L. (2010). Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo. *Psicología y salud*, 20(2), 179-188. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/600/1040>
- Gutman, L. (1999). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

- Herrador Reverendo, S. (2023). Promoción de la salud mental durante embarazo-puerperio. [Tesis de Maestría, Universidad de Évora]. <http://hdl.handle.net/10174/34827>
- Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. (s.f.). *Manual de acompañamiento en el duelo perinatal*. Recuperado de <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/profesionales/publicaciones-salud/manual-acompanamiento-duelo-perinatal>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009). *Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, manejo inicial de aborto recurrente* (Registro IMSS-088-08). <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/088GER.pdf>
- Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. (2015). *Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo*. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/Guia_duelo_final.pdf
- Lacerda, Y., Aguirre, A., Acosta, A., Morini, N., Ayul, N., Nidegger, V., Garavento, M., y Sosa, M. (2020). *Guía de atención para profesionales que acompañan la muerte gestacional y el duelo perinatal*. Dirección Nacional de Sanidad Policial. Montevideo, Uruguay.
- Laporta-Herrero, I., y Latorre-Forcén, P. (2020). *Embarazo y trastorno obsesivo-compulsivo: Una revisión bibliográfica*. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/embarazo-y-trastorno-obsesivo-compulsivo-una-revision-bibliografica/>
- Lopes, F. M. C., Lima, L. C., y Oliveira, S. R. C. (2022). Trastornos de ansiedad y depresión en el embarazo: Una revisión integradora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, e3700. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/GjYHzS4BJm7NnTL7bRzwQLG/?lang=es>
- López García de Madinabeitia, A. P. (2010). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Perinatología y Reproducción Humana*, 24(2), 99–105

- Magnone Alemán, N. (2010). *Derechos y poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de humanización* (Tesis de maestría, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología).
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/8256>
- Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J., y Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 22(1), 5-14.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>
- Marín Morales, D., Carmona Monge, F. J., Toro Molina, S., Montejo Rodríguez, R., Peñacoba Puente, C., Velasco Furlong, L., y Carretero Abellán, I. (2013). Indicadores de estrés en el postparto y su relación con el estado anímico de la mujer en el puerperio. *NURE Investigación*, 10(62), 1–10.
[http://web2014.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE62_proyecto_estres.pdf](http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/NURE62_proyecto_estres.pdf)
- Martínez Suárez, M. M., y Rossi Quijano, M. V. (2025). *Psicopatologías en el embarazo* [Trabajo final de grado, Universidad de la República, Facultad de Medicina, Unidad Académica de Partería y Obstetricia].
- Martorell, M. A., Comelles, J. M., y Bernal, M. (Eds.). (2009). *Antropología y enfermería: Campos de encuentro. Un homenaje a Dina Garcés, II*. Publicacions URV.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=912440>
- Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 27(3), 185–193.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n3/v27n3a8.pdf>
- Mercado, A. (2005). *Terapias de sesión única*. En A. Oiberman (Comp.), *Nacer y después, aportes a la psicología perinatal* (pp. 129–132). JCE.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Guías en salud sexual y reproductiva: Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*.

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Pauta para la implementación de cursos de preparación para el nacimiento.*

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/pauta-para-la-implementacion-de-cursos-de-preparacion-para-el-nacimiento>

Ministerio de Salud Pública. (2024). *Día Mundial de la Salud Mental Materna.*

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/dia-mundial-salud-mental-materna>

Morales Alvarado, S., Guibovich Mesinas, A., y Yábar Peña, M. (2014). *Psicoprofilaxis obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos.* Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9140>

Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud.* Secretaría General Administrativa, Editorial UniSon. Recuperado de <https://www.academia.edu/8137034/Salud>

Oiberman, A. (2015). ¿Qué nos cuentan los bebés? Dispositivos de intervención perinatal. En E. Vega (Comp.), *Clínica de niños y adolescentes. ¿Qué hay de nuevo?* (pp. 57–87). Buenos Aires. Lugar Editorial.

Oiberman, A. (Comp.). (2022). *Nacer y acompañar: Abordajes clínicos de la psicología perinatal.* Buenos Aires. Lugar Editorial.

Oiberman, A., Santos, S., y Nieri, L. (2011). La dimensión emocional de la maternidad: Construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. *Boletín de la Maternidad*, (11), 16–19. Fundación Observatorio de la Maternidad. <http://www.o-maternidad.org.ar>

Olza, I., Marín, M., y Gil, A. (2012). *Maternidad y salud: Ciencia, conciencia y experiencia.* Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>

Olza, Ibone, Fernández Lorenzo, Patricia, González Uriarte, Ana, Herrero Azorín, Francisco, Carmona Cañabate, Susanna, Gil Sanchez, Alfonso, Amado Gómez, Esperanza, y Dip, María Emilia. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 23-35. Epub 04 de octubre de 2021.

<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003>

Organización Mundial de la Salud. (1996). *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo*. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.

https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/mental_health

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Guía de cuidados durante el trabajo de parto para una experiencia de parto positiva*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Organización Mundial de la Salud. (2019, 9 de octubre). *Nuevas pruebas muestran un maltrato significativo a mujeres durante el parto*.

<https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>

Organización Mundial de la Salud. (2021, 16 de junio). *Las tasas de cesáreas siguen aumentando en medio de crecientes desigualdades en el acceso*.

<https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

Organización Mundial de la Salud. (2023, 4 de abril). *Infertilidad*.
<https://www.paho.org/es/noticias/4-4-2023-oms-alerta-que-cada-seis-personas-padece-infertilidad>

Organización Mundial de la Salud. (2023, 7 de diciembre). *Más de un tercio de las mujeres padecen problemas de salud de larga duración tras el parto, según una nueva investigación*.
<https://www.who.int/es/news/item/07-12-2023-more-than-a-third-of-women-experience-lasting-health-problems-after-childbirth>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Preterm birth*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención no especializada*.
<https://www.who.int/publications/i/item/mhgap-intervention-guide--version-2.0>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Salud mental materna: Desafíos para el cuidado integral perinatal en América Latina y el Caribe*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Páez, V. S., Kamenetzky, G., & Rovella, A. (2023). Effects of perceived social support on maternal stress and breastfeeding: A narrative review. *Interacciones: Journal of Family, Clinical and Health Psychology*, 9, e334.
<https://www.ojs.revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/334/478>

Pereira Silvera, J. (2017). *Lactancia materna: Una fuente natural de vida* (Trabajo final de grado, Universidad de la República, Facultad de Psicología).
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/35096>

- Pérez Bravo, M. D., y Moreno Hernández, A. (2017). Dando voz a las mujeres: representaciones sociales y experiencias sobre la lactancia. *Dossiers Feministes*, 22, 107–117. <https://doi.org/10.6035/Dossiers.2017.22.7>
- Pérez-Solís, D., Rodríguez-Vargas, M., y Rodríguez-Ricardo, A. (2020). Prevalencia de trastorno mental en embarazadas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 24(4). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211166535004>
- Postpartum Support International. (2024). *Foro Mundial de Salud Mental Materna 2025*. <https://www.postpartum.net>
- Postpartum Support International. (s.f.). *Trastornos psicológicos perinatales: Conozca los síntomas*. <https://es.postpartum.net/en-espanol/conozca-los-sintomas/>
- Ramírez, E. (2020). *Psicología del posparto*. Madrid, España: Síntesis.
- Ramírez, M. T., y Muñoz, S. M. (2024). Salud mental perinatal: una perspectiva desde la atención primaria de salud. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 89(4), 271–282. https://www.rechog.com/portadas/rechog_24_89_4.pdf
- Rojas Quintana, P., Medina Tío, D. M., y Torres Ajá, L. (2011). Infertilidad. *MediSur*, 9(4), 66–77. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000400012&lng=es&tlng=es.
- Santos Redondo, P., Yáñez Otero, A., y Al-Adib Mendiri, M. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad* (1.ª ed.). Servicio Extremeño de Salud – Consejería de Salud y Política Sociosanitaria. https://cuandomevaya.org/wp-content/uploads/2023/12/ATENCION_PROFESIONAL_A_LA_PERDIDA_Y_DUELO.pdf
- Santos, S. (2022). El abordaje clínico psiconeonatal de los nacimientos prematuros. En A. Oiberman (Comp.), *Nacer y acompañar: abordajes clínicos de la psicología perinatal* (pp. 225–240). Lugar Editorial.

- Share-Net International. (2021). *La infertilidad: una política olvidada en salud pública*. <https://share-netinternational.org/wp-content/uploads/2021/11/Policy-Brief-Infertility-Spanish-reviewed-and-edited-DV-KM.pdf>
- Sierra García, P., y Carrasco Ortiz, M. Á. (2019). *Psicología perinatal: Vínculo materno-fetal y apego*. Editorial Síntesis.
- Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal. (2023, 28 de septiembre). *Cursos de preparación al parto: ¿Participar o no participar?* <https://www.sociedadmarce.org/detall.cfm/ID/19488/MARES/cursos-preparacion-parto-participar-no-participar-.htm>
- Terris, M. (1982). Concept of health and health promotion. *Health Education Monographs*, 10(1), 35–38.
- Uruguay, Poder Legislativo. (2001). *Ley N.º 17.386: Acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento*. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>
- Uruguay, Poder Legislativo. (2007). *Ley N.º 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Uruguay, Poder Legislativo. (2008). *Ley N.º 18.426: Salud sexual y reproductiva*. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Uruguay, Poder Legislativo. (2012). *Ley N.º 18.987: Interrupción voluntaria del embarazo*. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>
- Uruguay, Poder Legislativo. (2013). *Ley N.º 19.167: Reproducción humana asistida*. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013>

Uruguay, Poder Legislativo. (2017). *Ley N.º 19.529: Salud mental*. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Uruguay, Poder Legislativo. (2017). *Ley N.º 19.580: Violencia hacia las mujeres basada en género*. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

Vázquez, N. (2013). Maternidad, subjetividad y discurso: Una lectura psicoanalítica. *Revista de la Asociación Mexicana de Psicoterapia y Medicina Psicosomática*, 26(3), 20-31. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008

Wilson, C. A., Bublitz, M., Chandra, P., Hanley, S., Honikman, S., Kittel-Schneider, S., Zanghellini Rückl, S. C., Leahy-Warren, P., & Byatt, N. (2024). A global perspective: Access to mental health care for perinatal populations. *Seminars in Perinatology*, 48(6), 151942. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151942>

World Health Organization. (2017). *Operational guidance for monitoring and reporting on perinatal mortality and neonatal mortality* (GTM-MN-94.01). <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/gtm-mn-94-01-operational-guidance-2017-esp-protocolo-vigilancia-mortalidad-perinatal-neonatal.pdf>