



Universidad de la República
Facultad de Psicología
Trabajo final de grado
Modalidad: proyecto de investigación

**La atención de la salud mental durante el embarazo y el puerperio.
Percepciones de las usuarias que asisten a un centro de salud de
primer nivel**

Autora: Sofía Hernández Cardozo

Docente tutora: Prof. Adj. Mag. Sabrina Rossi

Revisora: Prof. Adj. Dra. María Carolina Farías

Montevideo, 2025

Índice

Resumen.....	2
Fundamentación.....	3
Antecedentes.....	6
Importancia de la atención de la salud mental materna.....	6
Factores de riesgo para la salud mental materna.....	8
Estudios sobre la percepción de las usuarias con respecto a la atención durante el embarazo y el puerperio.....	8
Marco teórico.....	9
Psicología Perinatal.....	9
Modelo tensional-conflictivo.....	10
Embarazo.....	11
Puerperio.....	11
Primer nivel de atención.....	12
Formulación del problema.....	13
Preguntas de investigación.....	14
Objetivos.....	14
Diseño metodológico.....	15
Criterio de selección de las participantes.....	15
Consideraciones éticas.....	16
Resultados esperados.....	16
Cronograma de ejecución.....	18
Referencias bibliográficas.....	19

Resumen

El presente proyecto de investigación *"La atención de la salud mental durante el embarazo y el puerperio: percepciones de las usuarias que asisten a un centro de salud de primer nivel"*, se trata de un estudio exploratorio y descriptivo que tiene como objetivo indagar en las percepciones de las mujeres sobre la atención y el cuidado de la salud mental materna durante el embarazo y el puerperio en un servicio del primer nivel de atención.

Asimismo, busca conocer el papel de las redes de apoyo con las que cuentan las mujeres en estos períodos, considerando su potencial función como factores protectores de la salud mental materna. Finalmente, el estudio se propone contribuir a la discusión en torno a los mandatos de género y al ideal de la maternidad, comprendidos como factores que pueden incidir en la invisibilización del sufrimiento emocional de las mujeres durante el periodo perinatal.

La metodología de recolección de datos prevista se basa en la realización de grupos focales, con el objetivo de promover la conversación grupal y propiciar la emergencia de distintos aspectos vinculados a la vivencia de la maternidad y la salud mental materna. Esta técnica busca generar un espacio de diálogo colectivo en el que las participantes puedan aportar desde sus experiencias personales a la reflexión compartida en torno al cuidado de la salud mental materna y su atención en los servicios de salud.

Se espera que este estudio aporte insumos relevantes para reflexionar sobre la importancia del cuidado y la atención de la salud mental materna desde una perspectiva de promoción y prevención en salud. Asimismo, se busca integrar las voces de las participantes desde un rol activo, reconociéndolas como protagonistas en la construcción de conocimiento en torno a esta temática.

Palabras claves: *Salud mental materna, servicios de salud, redes de apoyo, perspectivas de las usuarias.*

Abstract

This research project, "Mental health care during pregnancy and the postpartum period: perceptions of users attending a primary care health center," is an exploratory and

descriptive study that aims to investigate women's perceptions of maternal mental health care during pregnancy and the postpartum period in a primary care setting.

It also seeks to understand the role of the support networks available to women during these periods, considering their potential function as protective factors for maternal mental health. Finally, the study aims to contribute to the discussion around gender mandates and the ideal of motherhood, understood as factors that can influence both the invisibility of emotional suffering during pregnancy and the postpartum period.

The planned data collection methodology is based on focus groups, with the aim of promoting group conversation and encouraging the emergence of different aspects related to the experience of motherhood and maternal mental health. This technique seeks to create a space for collective dialogue in which participants can contribute their personal experiences to a shared reflection on maternal mental health care and its treatment in health services.

This study is expected to provide relevant input for reflection on the importance of maternal mental health care and attention from a health promotion and prevention perspective. It also seeks to integrate the voices of the participants from an active role, recognizing them as protagonists in the construction of knowledge around this topic.

Keywords: *Maternal mental health, health services, support networks, user perspectives.*

Fundamentación

El presente proyecto de investigación se enmarca en el trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República.

El mismo tiene como objetivo conocer las percepciones de las mujeres usuarias que asisten al Centro de Salud Vigía, acerca de la atención y el cuidado de la salud mental durante el embarazo y el puerperio. El propósito es incorporar sus voces y experiencias en relación con las vicisitudes de la maternidad y su bienestar psicológico y emocional.

El Centro de Salud Vigía se encuentra ubicado en el barrio Los Olivos en la ciudad de Maldonado e integra la red de atención primaria en salud.

Presta atención a la población del barrio donde se ubica y a otras zonas de referencia como los son Barrio Perlita, Barrio Artigas, Barrio San Antonio, Asentamiento Los Eucaliptos y Asentamiento Benedetti. En cuanto a las características de la población de usuarias/os no se cuenta con datos institucionales que den cuenta de las mismas. El Centro se encuentra próximo a asentamientos, por lo que gran parte de la población de usuarias/os presenta situaciones de vulnerabilidad social y económica y es mayoritariamente joven.

Durante el año 2023 tuve inserción en dicho Centro a través del *Programa de Practicantes en Psicología, convenio Udelar-Asse*. Allí tuve la posibilidad de participar e integrar el equipo de *Salud mental materna y perinatal*, siendo el primer servicio del primer nivel de atención en el departamento en conformar un equipo específico destinado al abordaje de la salud mental materna y perinatal.

Este estudio parte del reconocimiento de que la atención brindada por los servicios de salud en relación con la salud mental materna debe ser pertinente y adecuada a las características particulares de cada caso, considerando que el embarazo, el parto y el puerperio constituyen experiencias complejas, atravesadas no solo por factores biológicos, sino también por dimensiones emocionales, sociales y culturales que configuran una vivencia singular para cada mujer. Asimismo, consideramos importante conocer cómo las redes de apoyo con las que cuentan las mujeres durante la gestación, el puerperio y crianza pueden llegar a ser el principal sostén en el cuidado de la salud mental de las mismas.

En Uruguay, se han desarrollado diversas guías y recomendaciones orientadas a la atención integral de la salud de la mujer durante el embarazo y el puerperio temprano. Entre ellas se destacan: la *Guía en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio* (2014); las *Recomendaciones sobre*

prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional (2018); y las *Recomendaciones para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio*, elaboradas recientemente en 2024. Asimismo, se incluye la *Meta Asistencial 2024-2025, Componente 2: Salud de la mujer embarazada y puérpera*, como incentivo económico para que los servicios de salud cumplan con los lineamientos vigentes en esta materia.

Las recomendaciones en el ámbito de la salud mental materna incluyen la evaluación del estado de ánimo durante la internación posparto, a través de un diagnóstico diferencial que permita distinguir entre el estado emocional transitorio conocido como baby blues, la depresión puerperal grave y la psicosis puerperal (MSP, 2014). En esta línea, la Meta Asistencial 2024-2025 contempla como incentivo la realización de dos consultas específicas destinadas al acompañamiento y consejería de la mujer durante el primer puerperio, hasta los 90 días posteriores al parto o la cesárea. Estas instancias tienen como eje central el fortalecimiento del autocuidado, tanto en su dimensión física como emocional (MSP, 2024).

En la práctica clínica, no se realizan controles de rutina que incluyan una evaluación sistemática del estado de salud mental de las mujeres durante el embarazo y el puerperio. A esto se suma la baja frecuencia de consultas posparto, que evidencian un abordaje incipiente y precario en la atención brindada desde la Atención Primaria de Salud (APS). Esta atención se caracteriza por ser fragmentada, de enfoque predominantemente biológico, con una priorización del cuidado del recién nacido por sobre las necesidades de la mujer, reduciendo su rol al de “madre” y desatendiendo su dimensión subjetiva y emocional (Baratieri y Natal, 2019).

Según informes recientes, en Uruguay, la fecundidad se encuentra por debajo de la tasa de reemplazo generacional —estimada en un promedio de 2,1 hijos por mujer—, situándose hacia fines de 2021 en un promedio de 1,37 hijos por mujer, lo que representa un nivel extremadamente bajo. Esta tendencia obedece a múltiples factores, entre los que se destacan la reducción de la natalidad en la adolescencia y la juventud temprana, atribuida en gran parte al impacto de las políticas públicas en materia de derechos sexuales y reproductivos (Cabella et al, 2023).

Entre estas políticas, se encuentran el acceso gratuito o a bajo costo a métodos anticonceptivos, provisto a través del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), y la despenalización del aborto a partir del año 2012. Estos avances han favorecido la postergación de la maternidad en función del desarrollo de proyectos personales, profesionales, sociales y laborales por parte de las mujeres, así como también se relacionan

con el aumento en la esperanza de vida. Estas transformaciones han incidido principalmente en los niveles de fecundidad de los sectores socioeconómicos medios y altos. En cambio, en los sectores más desfavorecidos, la edad de inicio de la maternidad no ha mostrado variaciones significativas, salvo en algunos casos donde se observa una tendencia hacia una maternidad más temprana (Cabella et al, 2023).

Son principalmente las mujeres en situación de pobreza y con menores niveles educativos quienes tienen su primer hijo a edades más tempranas y tienden, en promedio, a tener un mayor número de hijos (Varela et al., 2008; Pellegrino, 2010; Varela, 2007, citado en Varela et al., 2012). Se observa que en estos estratos sociales, la maternidad se configura predominantemente desde el ámbito privado-familiar, adquiriendo un lugar central en la vida de las mujeres, donde los roles tradicionales de género mantienen una presencia más marcada (Varela et al., 2012, De Rosa, et al., 2016).

Antecedentes

La revisión de antecedentes se realizó mediante los motores de búsqueda SciELO, Dialnet y Colibrí. Se utilizaron como palabras clave: *gestación, puerperio, salud mental materna, psicología perinatal, servicios de salud, atención y cuidado*. Para este estudio, se seleccionaron artículos publicados entre los años 2015 y 2025. Sin embargo, se incluyó un estudio sobre la prevalencia de la depresión materna publicado en 2011, ya que fue el único encontrado que abordó dicha temática en el contexto nacional.

La mayoría de los artículos encontrados se centran en la temática de la depresión perinatal, su sintomatología y factores de riesgo asociados.

Brasil se destacó como uno de los principales países en producción académica vinculada a la salud mental materna y la psicología perinatal, presentando además una mayor cantidad de estudios orientados a la evaluación de la calidad de atención en dispositivos destinados al cuidado perinatal, así como al análisis del rol de diversos profesionales de la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Importancia de la atención de la salud mental materna

La maternidad implica una serie de transformaciones a nivel biológico, psicológico e identitario que pueden dar lugar a momentos de especial vulnerabilidad. Si bien algunas mujeres experimentan el embarazo como una etapa de plenitud, felicidad y realización personal, otras pueden atravesar alteraciones significativas en su salud mental durante este período (Lima et al, 2017).

Los cambios emocionales están íntimamente relacionados con las transformaciones propias del embarazo y resulta fundamental que los equipos de salud que acompañan a mujeres gestantes mantengan una evaluación continua de aquellas conductas que puedan indicar la presencia de factores asociados al agravamiento del malestar emocional o a la intensificación de sentimientos negativos (Lima et al., 2017; Andrade et al., 2017).

Sousa y colaboradores (2022), en un estudio realizado en Brasil, destacan la necesidad de que la atención brindada durante el embarazo y el puerperio trascienda los aspectos exclusivamente fisiológicos y biológicos. En esta línea, proponen la implementación de planes de cuidado integral que incluya información accesible sobre los trastornos psiquiátricos más prevalentes en la etapa perinatal, así como el desarrollo de estrategias preventivas orientadas a la promoción de la salud mental materna y al fortalecimiento de las políticas públicas en el primer nivel de atención. De forma concordante, Hartmann et al. (2017) subrayan la importancia de robustecer las intervenciones de los servicios de salud dirigidas a mujeres gestantes, con el fin de ofrecer un acompañamiento integral centrado en la salud emocional de la mujer.

Estas fases del ciclo vital se asocia con una mayor prevalencia de complicaciones, incluyendo diversas manifestaciones de trastornos psicológicos que afectan significativamente la calidad de vida de mujeres embarazadas y puérperas (Calcagni et al., 2021; Souza et al., 2022).

La ansiedad y la depresión constituyen los trastornos de salud mental más prevalentes durante el período perinatal. Ambos pueden manifestarse tanto en el embarazo como en el puerperio, y se reconoce que la presencia de ansiedad durante la gestación representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo de depresión posparto (Navarrete et al., 2012; Norhayati et al., 2014).

A nivel internacional, se estima que la depresión perinatal afecta aproximadamente al 24,7% de las mujeres, mientras que los síntomas de ansiedad durante el embarazo presentan una prevalencia del 22,9% (Roddy, M, et al., 2023; Dennis et al., 2017).

En nuestro país, el estudio *Depresión materna en el primer año post parto* realizado en los servicios de salud públicos y privados del departamento de Montevideo, obtuvo una prevalencia de 16.5% de madres de niños mayores de seis semanas y menores a un año con síntomas de depresión (Corbo et al, 2011).

La depresión perinatal se considera un problema de salud pública, debido a su impacto tanto en la salud de la madre como en la del recién nacido. Distintos estudios advierten que

sus efectos sobre la díada madre-bebé pueden afectar negativamente el desarrollo psíquico del infante, al interferir con la disponibilidad emocional de la madre y su capacidad para interpretar adecuadamente las demandas del bebé (Da Silva et al., 2018).

Volling et al. (2019) señalan que las dificultades emocionales vividas en el período perinatal pueden afectar el establecimiento del vínculo temprano con el recién nacido y repercutir en su desarrollo socioemocional, incrementando el riesgo de presentar conductas agresivas, dificultades atencionales y manifestaciones conductuales de tipo externalizante e internalizante en los primeros años de vida.

Factores de riesgo para la salud mental materna

Respecto de los factores de riesgo asociados a la salud mental materna, particularmente en relación con los síntomas depresivos durante el embarazo y el puerperio, se han identificado: antecedentes personales de depresión u otros trastornos mentales, embarazo no planificado o no aceptado, ausencia de pareja o redes de apoyo social, y altos niveles de estrés percibido. A ello se suman la exposición a eventos vitales adversos, antecedentes de abuso o violencia doméstica, y la presencia de complicaciones gestacionales, incluida la pérdida fetal. También se reconocen como factores de riesgo las condiciones socioeconómicas desfavorables, como las dificultades financieras, el bajo nivel educativo, el desempleo y el consumo problemático de sustancias psicoactivas (Rwakarema et al., 2015; Gaviria et al., 2017; Da Rocha Arrais et al., 2018).

Un aspecto adicional que puede constituir un factor de riesgo lo representan las percepciones que manifiestan las propias mujeres respecto a las barreras para acceder a ayuda profesional. Rojas et al. (2015) identifican entre los principales obstáculos la dificultad para reconocer el malestar psicológico como una condición clínica, la ausencia de redes de apoyo, y el temor a ser estigmatizadas o catalogadas como “locas”.

En contraposición, se han identificado factores protectores que pueden contribuir a prevenir o mitigar los efectos de los trastornos del estado de ánimo en el período perinatal. Entre ellos se destacan el acompañamiento de la pareja y la familia, así como el sostén emocional brindado por el equipo de salud (Hartmann et al., 2017; Da Rocha Arrais et al., 2018; Ramos Cárdenas & Rivera Félix, 2022).

Estudios sobre la percepción de las usuarias con respecto a la atención durante el embarazo y el puerperio

El estudio realizado por Loezar Hernández et al. (2022) señala que las mujeres entrevistadas manifiestan la necesidad de una atención integral de carácter biopsicosocial

durante el puerperio, que contemple no solo el estado físico, sino también el bienestar emocional y psicológico de la mujer puérpera. Asimismo, expresan inquietudes en torno a la aplicación de tamizajes para la detección de la depresión materna, al considerar fundamental la identificación temprana y el abordaje oportuno de posibles síntomas. En este sentido, destacan la importancia de contar con espacios seguros donde puedan expresarse libremente sobre sus sentimientos y vivencias en torno a la maternidad, sin temor a ser juzgadas.

En relación con los espacios de preparación para el nacimiento, las percepciones recogidas sugieren que estos no deberían limitarse exclusivamente a una instancia educativa centrada en el momento del parto. Por el contrario, se propone su ampliación hacia una educación perinatal que abarque de forma integral los distintos procesos del ciclo vital, reforzando la información proporcionada por los equipos de salud sobre los cambios físicos y emocionales que atraviesan las mujeres durante el embarazo y el puerperio, al tiempo que se promuevan espacios de apoyo social (Buultjens et al., 2017; Pascual et al., 2016).

Marco teórico

La Psicología Perinatal, cómo abordaje específico dentro del campo de la Psicología, es una disciplina relativamente reciente. Su desarrollo comenzó a principios del siglo XXI, principalmente en el ámbito hospitalario y, en particular, en las salas de maternidad.

En la actualidad, continúa siendo un campo escasamente integrado en los centros de salud a pesar de su valioso aporte en la prevención, el cuidado, el acompañamiento, el diagnóstico y la intervención a lo largo de todo el proceso que precede y rodea al nacimiento. Esto incluye la concepción, el embarazo, el parto, el posparto y el puerperio.

La Psicología Perinatal se centra en la promoción de la salud mental durante estas etapas, así como en la prevención de trastornos mentales en mujeres embarazadas y puérperas. Su abordaje es desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque prioritariamente preventivo (Asociación Española de Psicología Perinatal [AEPP], s/f; *Revista Perinatal*, 2019).

Según Oiberman y Santos (2011), la psicología perinatal concibe la maternidad como una crisis vital y evolutiva que conlleva una transformación psíquica tanto en las mujeres como en los hombres que transitan el camino hacia la parentalidad. También la autora señala que la maternidad en el ser humano excede el hecho biológico y tiene un significado a nivel social, cultural y psicológico (Oiberman 2008, pág 25). En esta misma línea Nieri (2002) comenta que se trata de un fenómeno psicobiológico que, al mismo tiempo, constituye una

crisis evolutiva y existencial, capaz de reactivar conflictos del pasado y amplificar las dificultades del presente (p. 19).

En este sentido:

Existen condiciones que determinan la fertilidad y la salud reproductiva. Tanto factores biológicos (características genéticas, congénitas y ambientales) como psicológicos, que inciden en el deseo reproductivo, le dan forma a los roles parentales de acuerdo a cuestiones intersubjetivas, intergeneracionales /o transgeneracionales: mandatos, guiones, estigmas, (Revista Perinatal, 2019, p. 4)

Con el propósito de profundizar en el concepto de crisis vital y evolutiva, así como en sus efectos sobre el psiquismo humano —en este caso, centrado en la experiencia de las mujeres durante la maternidad—, se retoman los aportes de Burin (2012) en relación con el modelo tensional-conflictivo para la comprensión de la salud mental de las mujeres.

Este modelo plantea que las mujeres, como grupo social, viven en condiciones estructuralmente opresivas que se manifiestan especialmente en su vida cotidiana, generando malestares que se expresan en sentimientos persistentes de tensión y conflicto. La intensificación de estos conflictos, entendidos como crisis, constituye momentos particularmente fértiles para abordar las problemáticas psíquicas que atraviesan las mujeres.

El modelo tensional-conflictivo se propone como una herramienta para analizar, visibilizar y denunciar las condiciones sociales que configuran formas específicas de sufrimiento psíquico en las mujeres. Tradicionalmente, ha focalizado su atención en las condiciones relacionadas con la maternidad, la sexualidad y el trabajo.

Desde esta perspectiva, la salud mental de las mujeres se vincula estrechamente con la capacidad de afrontar dichos conflictos, reconociendo que los estados de crisis —ya sean vitales y evolutivas (como la adolescencia o la mediana edad) o accidentales (como el embarazo, el aborto o el divorcio)— pueden actuar como catalizadores de procesos de transformación subjetiva y de la salud mental.

Resulta pertinente considerar los mandatos socioculturales que operan en torno a la maternidad, tales como el ideal de "ser una buena madre", la exigencia de "entregarse por completo a los hijos" o incluso la noción de que "una mujer se realiza plenamente al convertirse en madre". Estos imperativos, profundamente arraigados en la cultura, no solo configuran las expectativas sociales respecto del rol materno, sino que también inciden en

la construcción subjetiva de las mujeres, generando tensiones y malestares cuando sus experiencias reales no se ajustan a dichos ideales normativos.

Estos mandatos pueden influir en la forma en que se brinda atención a las mujeres en los servicios de salud, generando sesgos que afectan la calidad del acompañamiento profesional y, en muchos casos, constituyen barreras en el acceso equitativo y oportuno a la atención.

Las *Recomendaciones para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio*, elaboradas por el Ministerio de Salud Pública de Uruguay, describen el embarazo como un proceso fisiológico que requiere cuidados adecuados para su normal desarrollo, el uso racional de tecnología y el reconocimiento del papel activo de la mujer en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y salud (MSP, 2024). No obstante, si bien se menciona la importancia del involucramiento emocional de la mujer en este proceso, el enfoque continúa articulando fundamentalmente desde un modelo médico y asistencialista.

En la misma guía, se reconoce que el embarazo implica una etapa de maduración emocional necesaria para que la mujer pueda asumir su futuro rol materno.

La adaptación a los progresivos cambios corporales, la aceptación del papel materno y el desarrollo del apego materno son procesos emocionales complejos que deben suceder durante el embarazo (MSP, 2024, p. 22).

En cuanto al puerperio en la *Guía de salud sexual y reproductiva*, se define como el período que transcurre desde el alumbramiento hasta que la mayoría de los cambios fisiológicos provocados por el embarazo retornan a su estado preconcepcional (MSP, 2014). Además se explicita, que el puerperio no solo implica el restablecimiento del equilibrio fisiológico, sino también la reorganización emocional, cognitiva y conductual de la mujer. Este proceso responde, entre otros factores, al cansancio físico, al desafío de asumir un nuevo rol como madre, a las expectativas personales en torno a dicho rol, así como a las preocupaciones respecto de su competencia materna y del bienestar del recién nacido (MSP, 2014). Los cambios emocionales durante estas etapas son esperables y adaptativos, ya que constituyen formas de respuesta frente a una crisis vital, como lo es la maternidad.

El abordaje del proceso salud-enfermedad durante el puerperio ha sido históricamente dominado por un modelo médico que tiende a fragmentar la atención, priorizando la salud física del binomio madre-hijo por sobre las dimensiones emocionales y contextuales de la experiencia materna (Santos y Obierman, 2011).

Resulta fundamental poder distinguir entre aquellas manifestaciones emocionales esperables —propias del proceso de adaptación— y aquellas que adquieren un carácter

patológico, impactando negativamente en la salud mental de la mujer. Para ello, se requiere una mirada integral que permita identificar de forma temprana los indicadores de malestar psíquico que demandan una intervención oportuna y específica.

El primer nivel de atención, concebido como el más próximo a la población, desempeña un rol fundamental en la identificación y diferenciación de las manifestaciones emocionales esperables y/o patológicas en mujeres gestantes o puérperas, dado que la mayoría de los controles durante el embarazo y el posparto se realizan en estos servicios.

Caracterizado por una amplia presencia territorial de policlínicas y centros de salud, este nivel debe garantizar una atención oportuna, accesible y eficaz para toda la comunidad. Según Vignolo et al. (2011), el primer nivel constituye la puerta de entrada al sistema de salud, y su funcionamiento se basa en la organización eficiente de los recursos disponibles, lo que permite responder a las necesidades de atención más básicas y frecuentes. Tanto en este nivel como en el segundo y tercer nivel de atención, se implementa la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), centrada en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Resulta imprescindible profundizar en la identificación y comprensión de los factores de riesgo que inciden en la salud mental de las mujeres, desde una perspectiva preventiva.

La prevención se concibe no solo como el conjunto de acciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades mediante la reducción de factores de riesgo, sino también como el desarrollo de estrategias destinadas a detener su progresión y mitigar sus consecuencias una vez instauradas (Colimon, 1978, citado en Vignolo et al., 2011).

Según Burin (2012), estos factores pueden definirse como situaciones o conjuntos de situaciones que incrementan, por encima del promedio, la probabilidad de desarrollar estados de malestar psíquico o trastornos mentales.

El fortalecimiento del primer nivel de atención desde un enfoque integral y con perspectiva de género resulta clave para garantizar una atención adecuada, sensible a las necesidades emocionales y psicológicas de las mujeres durante el embarazo y el puerperio.

Formulación del problema y preguntas de investigación

La elección del Centro de Salud Vigía como espacio para la selección de la muestra del presente estudio no fue aleatoria.

Esta decisión se fundamentó en la experiencia previa del equipo de salud mental materna y perinatal que llevó adelante intervenciones en dicho centro entre mayo de 2023 y enero de 2024, experiencia de la cual formé parte en el marco del Programa de Practicantes y Residentes de Psicología ASSE-Udelar.

Su creación surgió a partir de la escucha activa de mujeres madres a las que se le realizaron consultas domiciliarias debido a complicaciones de salud durante la gestación y/o el parto, o por encontrarse en situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Durante estas consultas, emergieron relatos que evidenciaban la necesidad de abordar la salud mental materna y de contar con un espacio específico para su atención.

Entre los motivos de consulta más frecuentes se encontraban aquellos relacionados con el estado de ánimo de las mujeres durante el embarazo y el puerperio, siendo la angustia y la ansiedad los síntomas más recurrentes en estas etapas.

Durante su funcionamiento, el equipo brindó un abordaje integral e interdisciplinario de la salud mental perinatal, que incluyó consultas domiciliarias en conjunto entre la practicante de psicología y la partera del centro, entrevistas a mujeres puérperas y a sus grupos familiares, así como espacios de consulta destinados a mujeres gestantes y puérperas.

Esta experiencia constituyó, además, un primer acercamiento al abordaje de la salud mental materna y perinatal desde una perspectiva centrada en la promoción y la prevención.

El Centro de Salud Vigía cuenta con un equipo técnico interdisciplinario consolidado y, desde el año 2014, se ha posicionado como el principal referente en la atención en salud mental en la ciudad de Maldonado. En este contexto, la presencia de un mayor número de profesionales especializados en la disciplina implica una mayor responsabilidad en el diseño e implementación de estrategias orientadas a la promoción y prevención en salud mental en general.

Para el presente estudio, se considera pertinente indagar en las percepciones de las usuarias que asisten al Centro de Salud Vigía en relación con la atención de la salud mental materna durante el embarazo y el puerperio, la intervención de los equipos profesionales en este contexto, así como las redes de apoyo con las que contaron durante dichos periodos.

A partir de esta aproximación, se busca propiciar un diálogo entre las usuarias y el sistema de salud que permita una retroalimentación significativa, reconociendo las vivencias y necesidad de las mujeres que experimentan la maternidad.

Preguntas de investigación

¿Cómo perciben las usuarias del Centro de Salud Vigía la atención de su salud mental durante el embarazo y el puerperio por parte de los/as profesionales de la salud?

¿Quiénes integran las redes de apoyo de las mujeres durante el embarazo y el puerperio?

¿Cuál es la percepción de las mujeres acerca del rol de las redes de apoyo en el cuidado de su salud mental durante el embarazo y el puerperio?

¿En qué medida el cuidado y la atención de la salud mental materna se ven invisibilizados por los mandatos de género y el ideal de maternidad?

Objetivos

Objetivo general:

- Conocer las experiencias de las usuarias del Centro de Salud Vigía en torno a la atención y el cuidado de la salud mental durante el embarazo y el puerperio

Objetivos específicos:

- Describir las percepciones acerca de la atención de la salud mental materna durante el periodo perinatal por parte de los/as profesionales de la salud.
- Analizar la percepción de las usuarias sobre las acciones de promoción y prevención en salud mental materna y perinatal desarrolladas en el Centro de Salud Vigía.
- Identificar las redes de apoyo con las que contaron las usuarias durante el embarazo y el puerperio, y analizar la forma en que dichas redes actuaron como factores protectores de su salud mental y su cuidado.

- Indagar con las participantes en torno a los mandatos de género y al rol materno, y analizar si estas construcciones contribuyen a invisibilizar la necesidad de la atención de la salud mental materna.

Diseño metodológico

Se trata de un estudio de enfoque cualitativo y exploratorio, el cual se llevará a cabo a través de grupos focales. Según Escobar y Bonilla (s.f), esta técnica consiste en entrevistas grupales semiestructuradas orientadas a una temática previamente delimitada por el investigador, a través de preguntas abiertas diseñadas en función de los objetivos del estudio. Los autores subrayan que su finalidad principal es facilitar la expresión de actitudes, creencias, emociones, experiencias, así como conocimientos y prácticas sociales por parte de las y los participantes. Para Hamui y Varela (2013) el trabajar en grupo facilita la discusión y activa a los participantes a comentar y opinar aún en aquellos temas que se consideran tabú, lo que permite generar una gran riqueza de testimonios (p. 56).

En función de las características del estudio, se optará por una estrategia de muestreo intencional heterogénea, con el propósito de asegurar la variabilidad y representatividad en aspectos como el nivel educativo, la cantidad de hijos, la ocupación, entre otros. Para ello, se llevará a cabo una primera etapa de selección mediante la aplicación de una encuesta.

Criterio de selección de las participantes

La muestra estará conformada por mujeres que hayan transitado el embarazo y el puerperio durante los años 2022 y 2023 y que sean mayores de 18 años.

La captación de participantes se realizará mediante afiches informativos ubicados en la sala de espera del Centro de Salud Vigía. Estos afiches incluirán un código QR que dirigirá a las interesadas a una breve encuesta, la cual deberán rellenar con su nombre, edad y el año en que cursaron el embarazo y un número de contacto. En ese mismo espacio, se brindará información detallada sobre el estudio, los pasos a seguir, un canal de comunicación para realizar consultas y el consentimiento informado. Asimismo, se contempla la elaboración de un listado en el que las usuarias interesadas en participar del estudio puedan registrar su número de teléfono para ser contactadas posteriormente. Dicho listado estará disponible en el área de enfermería y/o en los consultorios de medicina familiar o pediatría, con el objetivo de ofrecer una vía adicional de contacto y, al mismo tiempo, resguardar la confidencialidad de los datos personales.

Se excluirá de la muestra a aquellas mujeres que presenten diagnósticos de trastornos psíquicos o intelectuales de carácter severo.

Consideraciones éticas

De acuerdo con lo establecido en el *Código de Ética Profesional del Psicólogo* (2001) y el Decreto N.º 158/019 (2019) de la Comisión de Ética en Investigación, en lo relativo a estudios con seres humanos, la presente investigación no promoverá experiencias que impliquen riesgos físicos o morales para las personas participantes, ni se manipularán los resultados obtenidos, dado que se trata de un estudio de carácter exploratorio.

Las mujeres seleccionadas como muestra participarán de forma voluntaria, comenzando por la autocompletación de un formulario en línea. Posteriormente, aquellas que sean seleccionadas para el estudio serán contactadas para participar en un grupo focal. Para ello, se solicitará a todas las participantes la firma del consentimiento informado, previa explicación clara y detallada sobre la naturaleza del estudio, sus objetivos, la metodología empleada y los resultados esperados. Se garantizará que las participantes cuenten con procedimientos que aseguren la confidencialidad y la privacidad, respetando su dignidad, integridad y autonomía. El uso de los datos recolectados será responsable y se limitará exclusivamente a los fines previamente establecidos en esta investigación.

Las entrevistas serán grabadas con el consentimiento previo de las participantes. Posteriormente, las grabaciones serán transcritas y los datos serán sistematizados y analizados. Se garantizará el resguardo de la información personal y de los datos recolectados durante las entrevistas, conforme a lo dispuesto por la Ley N.º 18.331 de Protección de Datos Personales y Acción de *Habeas Data*.

Este proyecto será presentado ante el Comité de Ética en Investigación (CEI) de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR), con el fin de obtener la autorización correspondiente para su realización, en cumplimiento de lo dispuesto por el Artículo 3 del Decreto N.º 379/008.

Resultados esperados

Este proyecto tiene como resultado esperado conocer las percepciones y experiencias de las mujeres en relación con el cuidado y la atención de la salud mental durante el embarazo y el puerperio, tanto por parte de sus redes de apoyo como de los profesionales de la salud. Asimismo, se propone analizar cómo perciben las acciones de promoción y prevención en salud mental materna y perinatal.

A su vez, busca contribuir a la reflexión en torno a los mandatos de género y al rol materno, y conocer de qué manera estos condicionamientos inciden en la invisibilización de la salud mental de las mujeres durante este periodo.

Finalmente, se espera que este estudio aporte a nuevas perspectivas, redefina conceptos en torno a la salud mental materna y visibilice las experiencias de las mujeres, oficiando de precedente para próximos estudios en el que se incluyan las perspectivas de las protagonistas.

Cronograma de ejecución

ACTIVIDAD	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
Envío del proyecto al comité de ética												
Mes destinado a ajustes de herramientas y materiales de campo												
Solicitud de permisos para implementar el proyecto												
Presentación del proyecto a autoridades del centro de salud												
Captación de las participantes												
Realización de los grupos focales												
Sistematización y análisis de la información												
Elaboración de informe												
Presentación de informe												

Referencias bibliográficas

Ampudia, M. K. M. (2020b). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(2), e355. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>

Andrade, M., De Oliveira Demitto, M., Agnolo, C. M. D., Torres, M. M., Carvalho, M. D. B., & Pelloso, S. M. (2017). Tristeza materna em puérperas e fatores associados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 18. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0186>

Baratieri, T., & Natal, S. (2019). Ações do programa de puerpério na atenção primária: Uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11), 4227–4238. <https://www.scielo.br/j/csc/a/mzjxTpvrXgLcVqvk5QPNYHm/abstract/?lang=pt>

Burin, M. (2012). *Género y salud mental: Construcción de la subjetividad femenina y masculina*. <https://dspace.uces.edu.ar/jspui/handle/123456789/1529>

Buultjens, M., Murphy, G., Robinson, P., Milgrom, J., & Monfries, M. (2017). Women's experiences of, and attitudes to, maternity education across the perinatal period in Victoria, Australia: A mixed-methods approach. *Women and Birth*, 30(5), 406–414. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.03.005>

Cabella, W., Fernández Soto, M., Pardo, I., & Pedetti, G. (2023). *La gran caída. El descenso de la fecundidad uruguaya a niveles ultra-bajos (2016–2021)* (Documento de Trabajo / FCS-PP; 11). UDELAR, FCS-UM, PP.

Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU), Sociedad de Psicología del Uruguay,

Facultad de Psicología (UDELAR), & Facultad de Psicología (UCU). (2001). *Código de ética profesional del psicólogo/a*. <https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/>

Corbo, G., Defey, D., & D'Oliveira, N. (2011). *De-presiones maternas: Depresión materna en el primer año postparto; un tema oculto. Estudio de prevalencia*. PNUD y MSP.

Da Rocha Arrais, A., De Araujo, T. C. C. F., & De Almeida Schiavo, R. (2018). Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(4), 711–729. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003342016>

Da Silva, H. C., Da Rosa Silva, M., Frizzo, G. B., & Donelli, T. M. S. (2018). Sintomas psicofuncionais e depressão materna: Um estudo qualitativo. *Psico-USF*, 23(1), 59–70. <https://doi.org/10.1590/1413-82712018230106>

Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315–323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>

Escobar, J., & Bonilla-Jiménez, F. (s.f.). Grupos focales: Una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 9(1), 51–67. <http://www.tutoria.unam.mx/sitetutoria/ayuda/gfocal-03122015.pdf>

Gaviria, S. L., Duque, M., Vergel, J., & Restrepo, D. (2017). Síntomas depresivos perinatales: Prevalencia y factores psicosociales asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 166–173. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.09.002>

Hamui, A., & Varela, M. (2013). La técnica de los grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55–60. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000100009

Hartmann, J. M., Mendoza, S. R. A., & Cesar, J. A. (2017). Depressão entre puérperas: Prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9), e00094016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>

Instituto Nacional de Estadística. (2008a). *Ley N° 18.331 de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>

Instituto Nacional de Estadística. (2008b). *Ley N° 18.426 sobre Salud Sexual y Reproductiva*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Lima, M. O. P., Tsunechiro, M. A., Bonadio, I. C., et al. (2017). Síntomas depresivos na gestação e fatores associados: Estudo longitudinal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(1), 39–46.

Loezar-Hernández, M., Briones-Vozmediano, E., Gea-Sánchez, M., & Otero-García, L. (2022). Percepción de la atención sanitaria en la primera experiencia de maternidad y paternidad. *Gaceta Sanitaria*, 36(5), 425–432. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.12.005>

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. (2018). *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y el nacimiento*.

Ministerio de Salud Pública. (2024). *Recomendaciones para la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio*.

Nieri, L. (2002). Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 31(1), 18–21.

Oiberman, A. (2008). *Observando a los bebés: técnicas vinculares madre-bebé, padre-bebé*.

Pascual, C. P., Pinedo, I. A., Grandes, G., Cifuentes, M. E., Inda, I. G., & Gordon, J. P. (2016). Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad: Estudio

cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Atención Primaria*, 48(10), 657–664.

Roddy Mitchell, A., Gordon, H., Lindquist, A., Walker, S. P., Homer, C. S. E., Middleton, A., Cluver, C. A., Tong, S., & Hastie, R. (2023). Prevalence of perinatal depression in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 80(5), 425–431. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0069>

Santos, M. S., & Oiberman, A. (2011). Abordaje psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación, VII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Sousa, B. M. da S., & Andrade, J. (2022). Mental health of pregnant women: The importance of nursing care. *Research, Society and Development*, 11(5), e48711528493. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28493>

Subcomisión de Psicología Perinatal del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, Distrito X. (2019). *Revista Perinatal*, 1.

Varela Petito, C., Fostik, A., & Fernández Soto, M. (2012). *Maternidad en la juventud y desigualdad social*. UNFPA.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11–14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Volling, B. L., Yu, T., Gonzalez, R., Tengelitsch, E., & Stevenson, M. M. (2018). Maternal and paternal trajectories of depressive symptoms predict family risk and children's emotional and behavioral problems after the birth of a sibling. *Development and Psychopathology*, 31(4), 1307–1324. <https://doi.org/10.1017/s0954579418000743>

