



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Trabajo Final de Grado
Modalidad: Proyecto de Intervención

Intervención psicológica en salud perinatal.

Acompañamiento a familias con bebés internados

Estudiante: Camila Lucia Ascarate Torena C.I: 5.091.156-6

Tutora: Prof. Adj. Dra. Carolina Farías

Revisora: Asist. Mag. Liliana Suarez

Instituto de Psicología de la Salud

Montevideo, octubre 2025

Índice

Índice	1
Agradecimientos	3
Resumen	4
Contextualización	5
Pertinencia de la intervención por la relevancia del problema a nivel teórico-técnico y social	9
Antecedentes	12
Marcos conceptuales	15
Psicología de la Salud	15
Psicología Perinatal	16
Problema de intervención	20
Objetivos general	21
Objetivos específicos	21
Estrategia de intervención	22
I) Propuesta de intervención	23
II) Captación y enlace	24
III) Modalidad de evaluación	25
IV) Articulación institucional y proceso de implementación	26
Cronograma	27
Análisis de la implicación	28
Consideraciones éticas	29
Resultados esperados	30
Referencias	31

*Es nuestra responsabilidad como cuidadores,
científicos, políticos, profesionales de salud mental,
y ciudadanos responsables que cada bebé tenga la
oportunidad de aprender a amar y que cada padre y
madre reciba el apoyo necesario para que esto suceda.*

Ruth Feldman

Agradecimientos

A mis padres por ser los primeros en creer en mí.

A Nacho por ser mi dos incondicional, por acompañarme en las derrotas y festejar mis logros.

A mi familia y amigos, por los mensajes de aliento, los mates, los cafés, las viandas, las velitas, la buena energía, por estar ahí siempre.

A mis doulas amadas, por la oxitocina de cada encuentro y reafirmar que voy por el camino correcto.

A Carolina por ser tan inspiradora, por abrirme a este mundo por conocer.

Resumen

A través del trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología, UdelaR, se elaboró un pre-proyecto de intervención, el cual consiste en la construcción de un dispositivo orientado a familias con bebés recién nacidos internados en una institución hospitalaria, con la finalidad de brindar apoyo a las familias que se encuentran vivenciando estas situaciones particulares, prevenir afecciones de salud mental a los cuidadores y generar visibilidad a circunstancias de vulnerabilidad.

Se apuntará a la co-creación de un espacio de sostén y escucha entre participantes y equipo de salud, a fin de canalizar y regular el manejo de emociones que estas experiencias suponen, a la vez de promover información y herramientas para acompañar el proceso, siendo fundamental la promoción de entornos sociales que oficien como base de seguridad, desde la escucha e intervención respetuosa y con la disponibilidad para acompañar las movilizaciones emocionales de los implicados. Esto se llevará a cabo a través de acompañamientos individuales, reconociendo las singularidades de cada familia; además de espacios grupales de apoyo que fortalezcan los vínculos familiares y el trabajo interdisciplinario.

Palabras Claves: Psicología perinatal, hospitalización, puerperio, vínculo familia-bebé

Contextualización

El presente pre-proyecto de intervención, enmarcado en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología (Plan 2013, UDELAR), propone la construcción de un dispositivo de intervención en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. Su propósito es favorecer las condiciones vividas por las madres, padres y familias de bebés internados, mediante una metodología participativa orientada a visibilizar situaciones de vulnerabilidad y promover espacios de empatía, escucha activa y manejo emocional que fortalezca la comunicación con el equipo de salud.

Del mismo modo, se considera relevante visibilizar la importancia de la intervención psicológica para fortalecer los vínculos tempranos entre madre, bebé y familia, así como prevenir y detectar posibles trastornos mentales asociados a estas circunstancias excepcionales. El trabajo se orienta a partir de dos marcos teóricos fundamentales, la Psicología de la Salud y la Psicología Perinatal.

En el transcurso de mi formación en la Facultad de Psicología, he construido un recorrido académico y personal que me ha llevado a reconocer la importancia de articular teoría y práctica en escenarios de prevención y promoción de salud. Este camino pone de manifiesto la necesidad de escuchar y reflexionar sobre experiencias poco visibilizadas, como aquellas que atraviesan las familias cuando un recién nacido requiere hospitalización. Estas vivencias suelen estar marcadas por la incertidumbre, el dolor y la reorganización de la vida, y exigen ser comprendidas en toda su complejidad, más allá de discursos idealizados en torno a la maternidad y crianza (Oiberman, 2013).

La psicología perinatal aporta herramientas teóricas para comprender los procesos de gestación, parto y puerperio, así como los efectos que pueden generar situaciones adversas, como la internación neonatal. Autores como Sierra-García & Carrasco Ortiz (2019), Bronfenbrenner (1979), Winnicott (1993), Oiberman (2001, 2013) y Olza et al. (2021) ofrecen perspectivas valiosas para situar la maternidad dentro de un entramado psíquico, relacional y social más amplio, aportando claves para pensar los desafíos y vulnerabilidades que se profundizan en este contexto.

Durante la gestación, las representaciones mentales de la mujer se orientan hacia las expectativas, temores y fantasías respecto de su hijo, así como sobre el rol que asumirá como madre y el que desempeñará su pareja, proceso que constituye un componente esencial en la construcción de la maternidad (Stern, 1995; Ramirez, 2020). En esta etapa, emerge la preocupación materna primaria, estado que se manifiesta hacia el final del embarazo, cuando la atención de la madre se centra en el hijo por nacer y otras preocupaciones del mundo adulto pierden relevancia (Winnicott, 1993).

La creencia social es que el embarazo transcurre en un clima de calma y serenidad, sin embargo, desde la psicología perinatal se reconoce que, en realidad, se trata de un período de gran complejidad emocional. Diversos autores coinciden en que la inestabilidad afectiva constituye una manifestación frecuente, ya que implica una profunda reorganización psíquica y emocional. Esta etapa suele acompañarse de vivencias intensas de apuro y temor, muchas veces experimentadas en soledad, el modo en que cada mujer afronte su embarazo dependerá de su estado de salud, su historia personal y, especialmente, la calidad de los vínculos y apoyos significativos de su entorno (Fernández Lorenzo y Olza, 2020; Sierra-García y Carrasco, 2019).

La llegada de un bebé marca una transformación profunda que excede el hecho biológico del embarazo y nacimiento. Oiberman (2001) diferencia la maternidad del maternaje, la primera refiere a un hecho biológico que incluye la fecundación, el embarazo, el parto, la lactancia y la crianza. Por otro lado, el maternaje implica un proceso psicoafectivo más complejo, caracterizado por la primacía de los procesos inconscientes, la influencia de la historia psíquica personal y la relación madre-hijo atravesada por experiencias fantasmáticas y por la identificación con la propia madre. Estos procesos pueden verse interrumpidos por mecanismos de defensa, reactivando conflictos previos y afectando las relaciones interpersonales, por lo que la maternidad está condicionada por su historia personal, su situación actual, las características de su bebé y el lugar que este ocupa en la trama familiar (Oiberman 2001; Sierra-García & Carrasco Ortiz, 2019).

Cuando el recién nacido presenta dificultades de salud o el nacimiento ocurre de forma prematura, el proceso de su “nacimiento psicológico” puede verse comprometido (Oiberman, 2001). Estas circunstancias interrumpen la reorganización psíquica propia del puerperio y pueden transformarse en experiencias potencialmente traumáticas (González Serrano, 2009). Los partos medicalizados o vividos como invasivos generan con frecuencia heridas emocionales difíciles de elaborar, manifestadas en reviviscencias, ansiedad o sentimientos de extrañeza hacia el bebé, síntomas que pueden vincularse a un cuadro de estrés postraumático (Olza, 2010; González Serrano, 2009).

Las intervenciones psicológicas resultan esenciales para favorecer la adaptación emocional de madres y padres ante situaciones de estrés derivadas de la hospitalización o de experiencias obstétricas complejas. Estas acciones ayudan a prevenir la aparición de síntomas depresivos, ansiosos o de estrés postraumático, y fortalecen la sensibilidad parental y la capacidad de respuesta a las necesidades del bebé (Hynan et al., 2015 citado por Cuéllar-Flores y Valle Trapero, 2017). A su vez, la separación temprana entre recién nacidos y sus padres, frecuente en contextos de internación, puede obstaculizar la construcción del vínculo de apego y generar dificultades posteriores. El impacto dependerá de factores como los recursos emocionales de los padres, su capacidad para afrontamiento,

las redes de apoyo disponibles y la fortaleza propia del recién nacido en su recuperación (Klaus & Kennell, 1973, citados por Oiberman, 2013).

La vivencia de esta situación tan inesperada trae consecuencias como la interrupción del rol o vínculo madre-hijo que existía durante el embarazo. La madre, inevitablemente, habrá de hacer un trabajo interno de duelo por la maternidad que soñaba, habrá de aceptar la situación y su papel en ella como madre (Ramirez, 2020, p.113).

La ausencia del hijo al nacer (o poco tiempo después del nacimiento) y la imposibilidad de establecer contacto inmediato dificultan la construcción de las primeras representaciones del bebé, generando reacciones emocionales comparables a un duelo o a un trastorno por estrés postraumático (Ramírez, 2020; Olza, 2014). En estos casos, la separación física prolongada (puede extenderse por horas o incluso días), junto con el estrés materno y las condiciones poco favorables del entorno hospitalario, pueden interferir en el inicio y establecimiento o mantenimiento de la lactancia, así como en el fortalecimiento del vínculo afectivo temprano.

Durante la hospitalización, la familia cumple un rol clave en el sostén emocional del niño, lo que resalta la necesidad de reconocerlos como sujetos de derecho, incluyendo el acceso a información clara sobre el estado de salud y las decisiones médicas (Xavier et al., 2013). La presencia continua de un cuidador permite familiarizarse con las rutinas hospitalarias y solicitar atención cuando sea necesario, aunque implica un proceso de adaptación y reorganización de la vida cotidiana, especialmente para familias sin redes de apoyo externas. A esta compleja situación se añade, de manera habitual, la restricción de horarios de acceso en muchas unidades neonatales, lo que limita la posibilidad de que los padres desempeñen las funciones de cuidado y vínculo con el recién nacido que habían anticipado durante el embarazo. Diversos autores identifican la necesidad de flexibilizar normas institucionales, mejorar condiciones de alojamiento y permitir la participación activa en el cuidado. La tensión entre autonomía familiar y subordinación frente al equipo de salud persiste, reflejando las dificultades de ejercer plenamente estos derechos (Xavier et al., 2013; Ramirez, 2020).

Las familias reaccionan de formas muy diversas ante la internación neonatal: algunas se mantienen constantemente junto al bebé, temerosas de perderlo, mientras otras evitan el vínculo por la incertidumbre sobre su supervivencia. Estas respuestas van desde la expresión intensa de preocupaciones hasta el silencio y la evasión, especialmente en los padres con dificultades de adaptación a la maternidad o la paternidad cuando no sucede lo esperado. La comunicación con el equipo de salud suele limitarse a lo médico, aunque a veces se tiñe de reproches o quejas que reflejan la angustia y defensas proyectivas de los

cuidadores, difíciles de sostener para los profesionales (González Serrano, 2009; Olza, 2014).

En el contexto uruguayo, los avances biomédicos en las unidades neonatales han reducido sustancialmente la morbi-mortalidad perinatal. Sin embargo, aún se observan vacíos en la atención psicológica a las familias y en la implementación de estrategias de prevención en salud mental. Esta carencia puede incrementar la vulnerabilidad emocional y dificultar los procesos de afrontamiento. En este sentido, el presente proyecto propone la creación de un dispositivo interdisciplinario que aborde las particularidades de cada entramado familiar, fortaleciendo los vínculos tempranos y promoviendo condiciones que favorezcan el bienestar emocional tanto de los bebés como de sus familias.

Pertinencia de la intervención por la relevancia del problema a nivel teórico-técnico y social

Este apartado tiene por finalidad contextualizar la situación actual de las mujeres que ingresan a instituciones hospitalarias para parir o acompañar a sus hijos/as durante periodos prolongados de hospitalización.

El nacimiento ha sido, históricamente, un acontecimiento de gran relevancia social, acompañado de prácticas simbólicas como rituales, amuletos y plegarias dirigidas a asegurar un parto favorable para las mujeres. No constituía un evento solitario, ya que contaba con la presencia de matronas que asistían y acompañaban a las parturientas. Hasta el siglo XVI, momento en que las parteras comenzaron a ser desplazadas, y su labor empezó a ser controlada por cirujanos, marcando así el ingreso de los varones a la obstetricia. Con el tiempo, los avances médicos como la profilaxis, la antisepsia y la vacunación, hicieron posible que los partos realizados en hospitales ofrecieran mayores condiciones de seguridad (Oberman, 2013).

La incorporación del parto al ámbito hospitalario impuso su medicalización y el uso creciente de intervenciones. Este modelo de atención redujo el protagonismo de las mujeres, dejando sus cuerpos bajo el control de un modelo médico que actúa tanto sobre lo físico como lo psicológico. La medicalización limita no sólo la autonomía a decidir sobre intervenciones quirúrgicas innecesarias, sino que también el acceso a información basada en evidencia científica, necesaria para tomar decisiones libres e informadas (Wagner, 2001).

Siguiendo a Oberman (2001) "Podemos afirmar que la medicalización del acto de nacimiento en la sociedad occidental ha permitido disminuir el riesgo de morbi-mortalidad materno-neonatal, pero ese progreso se ha realizado a expensas de la expresión de la emoción en esos momentos" (p. 89).

La institucionalización del parto ha reforzado esta lógica intervencionista, propiciando prácticas médicas innecesarias y debilitando la autonomía femenina (Wagner, 2001). En los centros de salud persisten prácticas médicas que no priorizan la seguridad ni el bienestar de la mujer, sino la comodidad del profesional. Situaciones como las extensas esperas y las indicaciones sobre las posturas que la madre debe adoptar durante el parto, reflejan esta realidad. En consecuencia, no se toma en cuenta lo que la mujer puede sentir ni necesitar, reduciendo su cuerpo a un simple objeto de intervención médica (Farías, 2014; Magnone, 2010).

Por su parte, Menéndez (1988) conceptualiza este proceso bajo el concepto de Modelo Médico Hegemónico, el cual consiste en un conjunto de prácticas, saberes y teorías de la medicina que se ha impuesto como la forma predominante de atender las enfermedades según un criterio científico. Se centra en lo biológico, en identificar, diagnosticar y tratar

patologías a partir de evidencias objetivas, considerando la enfermedad como una alteración de los procesos biológicos y buscando restaurar el funcionamiento normal del organismo. Sin embargo, este modelo deja de lado factores psicológicos, sociales y culturales, favoreciendo una visión fragmentada del ser humano y promoviendo jerarquías donde el saber médico predomina y el paciente asume un rol pasivo.

En Uruguay, fue relevante la transformación del sistema sanitario iniciada en 2005 y consolidada en 2007 con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Este proceso redefinió la salud como un derecho humano fundamental, promoviendo transformaciones estructurales, ampliación de cobertura, nuevo modelo de financiamiento y nuevas formas de evaluación, orientado a garantizar una atención integral, equidad, accesibilidad y sostenibilidad (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2021; Ministerio de Salud Pública (MSP), 2019). Antes del SNIS, la cobertura era fragmentada y limitada, la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), permitió avanzar hacia la universalización de la cobertura. Los prestadores de salud, tanto públicos como privados, se integran al sistema a través de contratos de gestión con la Junta Nacional de Salud (JUNASA), comprometiéndose a cumplir con los lineamientos institucionales y ofrecer todas las prestaciones contempladas en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) (OPS, 2021).

Dentro del SNIS, todos los prestadores de salud tienen la responsabilidad de brindar, entre otras prestaciones, atención integral durante las etapas de concepción, embarazo, parto y puerperio y la primera infancia. Esto ha permitido una alta captación de embarazos y ha contribuido a posicionar a Uruguay como uno de los países con menores tasas de mortalidad materna e infantil en la región (MSP, 2019). Sin embargo, el modelo de atención sigue caracterizándose por su centralidad hospitalaria y prácticas intervencionistas (Farías, 2014).

La reforma promovió, además, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, fomentando estrategias orientadas a los procesos de salud-enfermedad y al empoderamiento de las personas para ejercer el control sobre factores que inciden en su bienestar (Benia et al., 2008).

Lo que respecta a los derechos reproductivos, la Ley N° 18.426 sobre salud sexual y reproductiva, reconoce el "parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados" (Uruguay, Poder Legislativo, 2008, Art 3, inc. C). La Ley N.º 19.580, promulgada en 2017, constituye un marco normativo integral orientado a prevenir, sancionar y erradicar la violencia basada en género contra las mujeres. Dentro de sus disposiciones, reconoce la

violencia obstétrica como una modalidad específica, definida 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). Este reconocimiento introduce una dimensión compleja, ya que visibiliza cómo los espacios destinados a brindar cuidado y protección pueden, en determinadas circunstancias, transformarse en escenarios de vulneración (Magnone y Farías, 2022).

A pesar de los avances normativos y discursivos en torno a la salud sexual y reproductiva, persisten en la práctica asistencial enfoques que continúan privilegiando una mirada biomédica y tecnocrática del proceso de gestación, parto y puerperio. Las guías elaboradas por el Ministerio de Salud Pública, si bien incorporan principios del nuevo modelo de atención, mantienen un énfasis en los aspectos fisiológicos, dejando en un segundo plano las dimensiones emocionales, vinculares y sociales implicadas. En lo referente al puerperio, esta limitación se hace aún más evidente. Las guías como las Pautas para la implementación de cursos de preparación para el nacimiento (MSP, 2017) y el Manual para la atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio (MSP, 2014) reconocen la importancia del periodo, pero carecen de orientaciones específicas para su abordaje psicosocial, reduciendo la salud mental a la mención de patologías asociadas.

Se vuelve necesario fortalecer la dimensión psicosocial en los dispositivos de atención, promoviendo estrategias que reconozcan la subjetividad, la experiencia emocional y el contexto de cada mujer y su entorno. Solo a través de un enfoque integral y humanizado es posible garantizar que los derechos reconocidos en la normativa se traduzcan efectivamente en prácticas respetuosas y cuidadoras. Este proyecto se sustenta en la noción de salud mental perinatal como un proceso integral que contempla el bienestar subjetivo, la contención emocional y el fortalecimiento de los recursos psíquicos de las personas implicadas. Además adoptar una perspectiva preventiva que permite reconocer la salud mental como una construcción social y relacional, favoreciendo no solo el bienestar inmediato, sino también la capacidad de las familias para afrontar futuras crisis o situaciones de vulnerabilidad.

Antecedentes

La revisión bibliográfica realizada para este trabajo evidencia que, si bien se han registrado avances en relación con la hospitalización neonatal y la atención a las familias, estos se han focalizado principalmente en la elaboración de protocolos y guías con énfasis en la perspectiva biológica y médica. Persiste, sin embargo, una escasez de información acerca de los efectos psicológicos en las familias a consecuencia de la hospitalización prolongada de hijos e hijas. Asimismo, dichos avances refieren mayoritariamente a marcos teóricos, siendo insuficientes las propuestas de intervención orientadas al acompañamiento psicológico dentro del ámbito de la salud (Pineda et al., 2017; Dos Santos et al., 2023; Santos y Oiberman, 2011; Kerikian, 2011).

La revisión permitió identificar que, a nivel internacional, se han desarrollado modelos de atención centrada en la familia que buscan favorecer la participación activa de los padres en los cuidados cotidianos de sus hijos hospitalizados. Los estudios evidencian que estos enfoques no solo mejoran los indicadores clínicos de los recién nacidos, sino que también benefician la autopercepción de competencia parental y la reducción del estrés asociado al ingreso hospitalario (Pineda et al., 2017).

Dentro de estos dispositivos, la National Perinatal Association (NPA, 2015) elaboró recomendaciones interdisciplinarias que se han traducido en programas implementados en hospitales de América del Norte y Europa. Estas incluyen la detección temprana de síntomas emocionales, la incorporación activa de psicólogos perinatales en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), la creación de espacios de apoyo entre pares y la preparación de las familias para el alta. De manera complementaria, el programa NICU Family Support, impulsado por la organización March of Dimes (2023), ofrece apoyo emocional y educativo, actividades grupales y acompañamiento profesional, además de capacitaciones al personal de salud orientadas a una comunicación más empática. Estos programas reflejan un movimiento internacional hacia la integración de la dimensión psicológica en la atención neonatal, ampliando la perspectiva biomédica e incorporando dispositivos de sostén para las familias en momentos de alta vulnerabilidad emocional.

En Latinoamérica, la participación de psicólogos en UCIN se ha consolidado de manera heterogénea. En Brasil, psicólogos intervienen en diversas unidades de terapia intensiva neonatal, brindando atención directa a las familias, acompañamiento en la construcción del vínculo y asesoramiento al personal, lo que contribuye a un modelo de atención más humanizado (Dos Santos et al., 2023). En Argentina, la Psicología Perinatal ha comenzado a consolidarse como disciplina orientada a la atención integral de la salud materno-infantil. Santos y Oiberman (2011) destacan la necesidad de un abordaje interdisciplinario, señalando que la atención tradicional de madres y recién nacidos ha sido fragmentada y

centrada en lo médico, mientras que la Psicología Perinatal interviene en distintos ámbitos hospitalarios, desde salas de internación obstétrica hasta unidades de cuidados intensivos neonatales. Asimismo, Kerikian (2011) evidenció que la presencia de psicólogos perinatales en guardias y grupos de padres de bebés internados favorece una atención más humanizada, mejora la contención del personal y fortalece el vínculo con los pacientes, subrayando el impacto positivo de estos dispositivos en la práctica hospitalaria.

Dentro de los modelos internacionales orientados al cuidado humanizado del recién nacido, destaca el Método Madre Canguro (MMC) como una de las intervenciones más efectivas y reconocidas a nivel mundial para mejorar la supervivencia y el bienestar de bebés prematuros y de bajo peso al nacer. Creado en 1978 por Edgar Rey Sanabria en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, surgió como alternativa frente a la escasez de incubadoras y a las infecciones asociadas al hacinamiento hospitalario (Valle y Amat, 2012). La propuesta se basa en tres componentes centrales: contacto piel a piel continuo, lactancia materna y alta temprana con seguimiento, reemplazando la tecnología por la calidez del cuerpo y la presencia afectiva de la madre. La evidencia demuestra importantes beneficios clínicos y psicológicos: mejor regulación térmica, menor apnea, mayor estabilidad conductual, reducción del estrés, aumento de la lactancia materna, disminución de la ansiedad materna y mayor confianza parental (Charpak, 2006). Además, su implementación favorece la humanización de los cuidados en las unidades neonatales, promoviendo una relación más cercana entre familias y equipos de salud.

La experiencia colombiana, ampliamente validada, ha sido adaptada en distintos países, incluyendo Uruguay. En este contexto, la Fundación Canguro retoma los principios del MMC en su modelo de “nutrición afectiva”, brindando contacto piel a piel, sostén emocional y acompañamiento interdisciplinario a recién nacidos internados en el Hospital Pereira Rossell, especialmente aquellos sin referentes de cuidado. Si bien no constituye una aplicación estricta del método original, comparte sus fundamentos esenciales: la centralidad del vínculo temprano y el reconocimiento del cuerpo como recurso terapéutico (Fundación Canguro, s.f.).

Además de esta experiencia, en Uruguay diversos programas nacionales de atención a la primera infancia han centrado sus intervenciones en el embarazo y los primeros años de vida, reconociendo la relevancia de la salud mental materna, la promoción de vínculos tempranos y la implementación de prácticas de crianza respetuosa. El plan CAIF del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) constituye una de las principales políticas de atención y educación en la primera infancia, donde el programa Experiencias Oportunas fortalece el rol parental mediante acciones biopsicosociales educativas (Gil y Cambón, 2014). Por su parte, el programa Aduana (ASSE, 2014) acompaña a niños y niñas usuarios de ASSE en la franja de 0 a 3 años mediante controles pediátricos y sensibilización

de los adultos responsables, aunque presenta limitaciones en la integración de factores familiares y contextuales que inciden de manera significativa en la salud infantil. Uruguay Crece Contigo, creado en 2012, busca consolidar un abordaje integral y preventivo desde la gestación, articulando el Ministerio de Salud Pública con otros organismos (ASSE, 2014). La Fundación Álvarez-Caldeyro Barcia, por su parte, trabaja desde 1999 en la prevención, supervivencia y desarrollo de bebés prematuros, apoyando tanto la dimensión médica como la psicosocial. Una de sus principales contribuciones es el apoyo al Banco de Leche Humana, donde participa activamente en la recolección, procesamiento y distribución de leche materna donada (ASSE, 2023), destinada principalmente a prematuros extremos o graves. En la misma línea, la Unidad de Atención Temprana en la Primera Infancia, inaugurada en 2017 en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell, constituye un espacio interdisciplinario que ofrece seguimiento integral a recién nacidos en situación de alta vulnerabilidad, integrando pediatras, neonatólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, oftalmólogos y otros especialistas. La unidad incluye áreas de estancia para familias, talleres de apoyo y espacios de descanso, consolidando un abordaje integral que reconoce a las familias como protagonistas en el cuidado y desarrollo infantil. En síntesis, los antecedentes internacionales y regionales muestran un entramado de políticas públicas, programas y organizaciones sociales dedicadas a la atención integral de la primera infancia, en las que la integración de la dimensión psicológica y el acompañamiento familiar se presentan como elementos fundamentales. En Uruguay, estos aspectos aún resultan insuficientemente desarrollados, lo que los posiciona como un área prioritaria para el presente proyecto.

Marcos conceptuales

Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud se consolida como un área dentro de esta disciplina que aborda la salud y la enfermedad desde una perspectiva integral que reconoce la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Su desarrollo se inscribe en un contexto de transformación de los modelos tradicionales de atención, los cuales históricamente se centraron en el paradigma biomédico y en la separación mente-cuerpo. Frente a ello, la Psicología de la Salud propone una comprensión del sujeto como una unidad compleja, donde las dimensiones psíquicas, conductuales y sociales influyen recíprocamente en los procesos de salud enfermedad (Menéndez 1988; Sívori, 2010).

Sivori (2010) señala que la Psicología de la Salud se fundamenta en distintos marcos teóricos que orientan sus prácticas, tales como el psicoanálisis, la psicología comunitaria, la psicología social, el conductismo, la psicosomática y la psicología médica. Cada uno de estos marcos ha aportado perspectivas, metodologías y herramientas que permitieron integrar lo subjetivo al campo sanitario, contribuyendo a superar las limitaciones del modelo biologicista. Así, el modelo bio-psico-social surge como alternativa, reconociendo que el bienestar depende del equilibrio dinámico entre estas tres dimensiones, y que su desajuste puede generar alteraciones en la salud.

Según Morales Catalauid (1997) la Psicología de la salud se origina en respuesta a las nuevas demandas de la práctica profesional y a los cambios en los estados de la salud de la población. Su desarrollo se vincula con la capacidad de los psicólogos para adaptar los aportes de las distintas áreas de la disciplina a los contextos específicos de intervención. Según el autor, los servicios de salud constituyen el espacio privilegiado para el ejercicio de esta práctica, lo que exige una articulación entre las instituciones universitarias (formación y producción de conocimiento) y los servicios sanitarios, especialmente los públicos, que deben generar las condiciones adecuadas para su implementación.

En este sentido, la Facultad de Psicología define esa corriente como:

“Un proyecto académico, profesional y político que se propone restituir al estudio, la comprensión y transformación de los fenómenos y procesos que ocurren en el campo de lo sanitario, los aspectos afectivos, cognitivos, actitudinales vinculares e imaginarios que los seres humanos y sus colectivos producen y ponen en juego en relación al proceso salud-enfermedad-curación y sus instituciones” (Giorgi 2002, citado en Instituto Psicología de la Salud, 2010).

Esta concepción introduce tres dimensiones de acción. En el plano académico, implica la producción, transmisión y aplicación de los conocimientos con una orientación

transformadora, donde la práctica profesional retroalimenta las teorías y metodologías. En el plano profesional, promueve la consolidación del rol del psicólogo como agente de salud capacitado para intervenir en equipos interdisciplinarios, utilizando herramientas propias de la disciplina e integrando saberes de otros campos. Finalmente, su dimensión política, busca cuestionar los sistemas de poder y conocimiento que históricamente definieron las prácticas sanitarias, poniendo una visión más democrática, holística y ecológica del proceso salud-enfermedad (Instituto de Psicología de la Salud, 2010).

Los objetivos de la Psicología de la Salud reflejan esta orientación integral. Según Oblitas (2006), sus principales metas son: la promoción de la salud, mediante el fomento de estilos de vida saludables y la concepción de la salud como bienestar físico y emocional; la prevención de enfermedades, a través de la modificación de hábitos no saludables asociados a diversas patologías; la intervención y evaluación en situaciones de enfermedad, y la mejora de la atención sanitaria, lo que incluye la educación en salud, la comunicación entre distintos actores del sistema y la formulación de políticas públicas efectivas.

A su vez Morales Calatayud (2015) sostiene que la Psicología de la Salud se centra en el estudio de los procesos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, abarcando el riesgo de enfermar, la condición de enfermedad y los procesos de recuperación. Este autor plantea que la disciplina constituye un modelo en construcción continua, que no solo representa un campo de conocimiento, sino también un ámbito de acción orientado a la promoción, prevención, atención y rehabilitación. De este modo, la Psicología de la Salud busca adecuar los servicios sanitarios a las necesidades de las personas, integrando los factores psicosociales que configuran la experiencia de salud y enfermedad.

En síntesis, la Psicología de la Salud propone una práctica comprometida con la comprensión integral del sujeto y la transformación de las instituciones sanitarias. Este marco resulta especialmente pertinente para el presente proyecto, al ofrecer herramientas conceptuales y metodológicas que orientan el acompañamiento psicológico en contextos hospitalarios, desde una perspectiva de promoción, prevención y bienestar colectivo.

Psicología Perinatal

La Psicología Perinatal constituye un campo específico de actuación dentro de la psicología que aborda los procesos que atraviesan la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y el primer año de vida del bebé, poniendo el foco en los aspectos psico-afectivos, conductuales, biológicos, cognitivos y sociales que configuran la transición hacia la parentalidad (Oiberman et al., 2011; Sierra-García y Carrasco, 2019). Su particularidad radica en trabajar simultáneamente con dos sujetos la mujer/madre embarazada o puerpera

y su bebé, y la relación que los une, entendida como una díada inseparable cuya dinámica influirá en el desarrollo psíquico y relacional posterior. Si una madre puede afrontar adecuadamente las etapas del embarazo, parto y puerperio favorecerá el desarrollo de un apego seguro con su(s) bebé(s) y contribuirá a evitar un apego no adaptativo (evitativo, ambivalente o desorganizado) lo que a su vez, colaborará en la prevención de futuros trastornos (Sánchez et al, 2013).

Desde esta perspectiva, el propósito de la Psicología Perinatal es favorecer la salud y el bienestar de la díada y de su familia, promoviendo capacidades y recursos (cognitivos, emocionales y sociales) que faciliten la adaptación a los nuevos roles parentales y la resolución de dificultades habituales (Sánchez et al, 2013; Kerikian, 2011).

Diversos autores describen el embarazo como un momento de alta sensibilidad y que reúne considerables exigencias psíquicas, por ejemplo Stern (1999) habla de la convergencia de tres “embarazos”: por un lado, el cambio corporal y el desarrollo fetal; por otro, la formación de la actitud maternal en la psique; y por último la constitución del bebé imaginado, mientras que Fernández y Olza (2020) plantean que esa crisis vital tiene un potencial transformador si se acompaña adecuadamente, empoderando a la futura madre y contribuyendo a una transición saludable hacia la maternidad que repercute en la calidad del vínculo y en el desarrollo del bebé. Conocer y normalizar los cambios esperables permite a las mujeres aliviar temores, legitimar necesidades y reducir sentimientos de culpa; del mismo modo, contar con redes de apoyo y profesionales facilitadores favorece la integración de la nueva identidad parental (Sierra-García y Carrasco, 2019).

El modelo ecosistémico, inspirado en Bronfenbrenner y aplicado a la salud mental perinatal por Olza et al. (2021), ofrece las bases teóricas para comprender la complejidad de estos procesos: sitúa a la díada madre-bebé en el centro de una red de sistemas (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) que influyen de forma recíproca en el desarrollo y la salud. En el microsistema se inscribe la relación madre-bebé como primer contexto de interacción “cara a cara”; en el mesosistema aparecen las interacciones entre familias, servicios de salud y agentes educativos; el exosistema incluye políticas, organizaciones y recursos que, aun sin involucrar directamente a la díada en su toma de decisiones, afectan su bienestar; finalmente, el macrosistema remite a valores culturales y representaciones sociales (la idealización de la maternidad) que modelan expectativas y estigmas (Bronfenbrenner, 1979; Olza et al., 2021). Esta mirada ecológica, holística y con perspectiva de género promueve prácticas de atención interdisciplinarias, respetuosas e inclusivas, que reconocen no solo factores individuales sino también las condiciones sociales e institucionales que potencian la vulnerabilidad o el empoderamiento parental.

Los aportes de la neurobiología, la epigenética y la biología evolutiva (por ejemplo, las nociones de exterogestación y el concepto de “hábitat del recién nacido”) refuerzan la idea

de que el cuidado temprano y la continuidad del contacto materno afectan el neurodesarrollo y la regulación emocional del lactante, lo que subraya la importancia de intervenciones tempranas y sostenidas (Olza et al., 2021). Asimismo, la teoría de Winnicott (1967) y la noción de “preocupación maternal primaria” explican la particular sensibilidad emocional de la mujer en torno al parto y la crianza temprana, lo que demanda un entorno facilitador que ofrezca apoyo práctico y validación afectiva: “toda madre necesita una madre” (Defey, 1995).

El rol del psicólogo o psicóloga perinatal implica, además de la intervención psicoterapéutica individual o grupal, una postura activa de integración en equipos materno-infantiles: ofrecer escucha activa, sostén, ayudar a poner en palabras las emociones, identificar recursos de afrontamiento y facilitar el acceso a redes de apoyo (Kerikian, 2011; Echeverría, 2013). En situaciones de crisis vinculadas al nacimiento como partos traumáticos, prematuridad, pérdidas gestacionales, enfermedades neonatales, la intervención temprana durante la internación busca minimizar el impacto emocional y atenuar el riesgo de desarrollar patologías posteriores; en paralelo, una estrategia preventiva permite anticipar y reducir la probabilidad de que las dificultades finalicen en cuadros clínicos más severos (Oiberman et al., 2013).

La creación y consolidación de servicios específicos en salud mental perinatal responde a la necesidad de visibilizar el sufrimiento materno históricamente silenciado y de transformar las prácticas asistenciales hacia enfoques más humanos y centrados en derechos. La articulación entre la disciplina perinatal y otros saberes (obstetricia, neonatología, enfermería, trabajo social, educación en primera infancia) favorece tanto la detección temprana como la intervención integral en situaciones de riesgo, al mismo tiempo que promueve estrategias de prevención y fortalecimiento del apego seguro. En palabras de Echeverría (2013), la tarea del psicólogo perinatal es sostener y transformar las emociones en palabras y gestos: una labor preventiva y relacional que, intervenida desde las instituciones sanitarias y los equipos interdisciplinarios, tiene el potencial de reducir el sufrimiento individual y familiar y de promover trayectorias de desarrollo más saludables para las futuras generaciones (Oiberman et al., 2013; Olza et al., 2021).

Desde el plano clínico y organizacional, la Psicología Perinatal desarrolla herramientas y dispositivos específicos para la detección precoz y la intervención oportuna en contextos hospitalarios. Entre ellos se destacan la entrevista semidirigida de sesión única orientada a explorar eventos significativos de la historia vital, antecedentes obstétricos, redes de apoyo y vivencias del nacimiento (Mercado, 2005), y el Screening de Registro Materno (SRM) (Misicén en Oiberman, 2015), que permite evaluar la interacción madre-hijo, la lactancia, estrategias de consuelo y la relación con el equipo de salud durante la internación, favoreciendo la identificación de dificultades vinculares y la planificación de apoyos

inmediatos (Oiberman, 2015). Estos instrumentos se inscriben en un marco de trabajo hospitalario donde la historia clínica se torna un recurso clave para la continuidad del cuidado y la articulación interdisciplinaria, siendo también una de las funciones más importantes del psicólogo perinatal, la de trabajar en red con otros profesionales (comadrona, médico, obstetra, asesores en lactancia, doulas, psiquiatras, etc.) para un abordaje integral y respetuoso de la maternidad entre todos (Bianco, 2013).

La relevancia de integrar la salud mental perinatal en los servicios habituales de maternidad se ve reforzada por datos epidemiológicos y análisis de políticas: la Organización Mundial de la Salud (2022) identifica que, globalmente, una proporción significativa de mujeres atraviesa trastornos de salud mental durante el embarazo o en el primer año posparto, cifra más elevada en contextos de mayor vulnerabilidad. Contreras-Carreto et al. (2022) y Conecta Perinatal (2022) subrayan que la salud mental perinatal debe entenderse como un proceso dinámico de adaptación e integración psicosocial más allá de la mera ausencia de enfermedad. Wilson et al. (2024) aportan una mirada crítica sobre las desigualdades en el acceso a estos servicios, destacando barreras como el estigma, la escasez de profesionales formados y limitaciones estructurales que dificultan la implementación homogénea de programas de atención.

En síntesis, la psicología perinatal consiste en un modo de acompañar la maternidad que reconoce su complejidad subjetiva y emocional; basado en el respeto a los derechos de las personas gestantes, procura ofrecer contención evitando patologizar los procesos propios del embarazo, parto y puerperio, aunque sin dejar de atender los malestares que puedan presentarse. En este marco, la labor del psicólogo o psicóloga adquiere un papel central, al favorecer el bienestar emocional, fortalecer el vínculo temprano madre-bebé, prevenir dificultades en la salud mental y habilitar espacios de escucha, validación y sostén. De esta manera, se busca no solo abordar el sufrimiento que puede aparecer en este período vital, sino también reconocer la singularidad de cada experiencia y promover entornos más humanos y cuidados para transitar la maternidad.

Esta noción es de suma importancia para el proyecto que se desarrolla a continuación, ya que es una de las perspectivas fundamentales desde las cuales se abordará la temática a trabajar.

Problema de intervención

La maternidad constituye una experiencia crítica y transformadora que impacta a todo el sistema familiar (Oberman, 2013). Este período implica cambios físicos, emocionales y relacionales profundos que requieren adaptación y sostén, siendo especialmente sensible durante el posparto.

Cuando una familia ingresa al sistema de salud por una emergencia obstétrica o un nacimiento programado, enfrenta un contexto de alta exigencia emocional. En la mayoría de los casos, la madre atraviesa una cirugía mayor y debe iniciar su recuperación mientras su hijo permanece bajo atención médica, sin posibilidad inmediata de contacto físico (González Serrano, 2009). La hospitalización del recién nacido genera angustia y preocupación por su salud, provocando intranquilidad y miedo en la madre y en la familia, que debe reorganizarse para brindar apoyo tanto a la mujer como al bebé (Olza et al. 2021)

En condiciones de hospitalización prolongada, las madres presentan dificultades para establecer contacto físico con su hijo, alimentarlo y consolarlo. Los múltiples dispositivos médicos, monitores y sonidos de alarma actúan como factores estresantes, dificultando la práctica del contacto piel con piel y afectando la vivencia emocional de la maternidad. Asimismo, pueden surgir interferencias en la lactancia, tanto por la separación física como por la falta de intimidad y las condiciones de incomodidad durante la hospitalización. Estos factores dificultan el inicio y la continuidad de la lactancia, afectando la relación temprana entre madre e hijo (MSP, 2024; Ramirez, 2020).

Una vez otorgado el alta materna, se genera una situación compleja: la madre regresa a su hogar mientras el bebé continúa hospitalizado. Esta situación se agrava en contextos como el del Centro Hospitalario Pereira Rossell, que recibe usuarios de todo el país, lo que obliga a muchas familias a trasladarse desde el interior y, en algunos casos, a residir en hogares de madres proporcionados por la institución (Hospital Pereira Rossell, s.f.).

Si bien el sistema de salud brinda ciertos apoyos básicos, como alojamiento o alimentación, el acompañamiento psicológico sigue siendo limitado, dejando a las familias en un estado de vulnerabilidad emocional marcado por sentimientos de soledad, culpa y sobrecarga. La Organización Mundial de la Salud (2022) señala que una de cada cinco mujeres presenta algún trastorno de salud mental durante el embarazo o el primer año posparto, y que la falta de atención psicológica adecuada puede impactar negativamente en el vínculo madre-bebé y en la dinámica familiar (Contreras-Carreto et al., 2022).

Diversos estudios también evidencian que las mujeres en el período perinatal enfrentan múltiples barreras para acceder a servicios de salud mental, incluyendo el estigma, la escasez de recursos y desigualdades socioeconómicas (Wilson et al., 2024). Esta realidad refuerza la necesidad de diseñar intervenciones integrales que aborden tanto la dimensión

emocional como las condiciones sociales de las familias, favoreciendo la prevención, el acompañamiento y la promoción de la salud mental perinatal. Si bien a nivel internacional se han producido importantes avances en la implementación de buenas prácticas vinculadas a la atención perinatal y al acompañamiento emocional de las familias en situaciones de vulnerabilidad, a nivel nacional los progresos en esta materia resultan aún limitados. El SNIS promueve un modelo de atención integral (biopsicosocial) con énfasis en la promoción de la salud y la prevención, sin embargo, esta perspectiva continúa teniendo escasa aplicación en los servicios hospitalarios, particularmente en lo que respecta al acompañamiento de madres, padres y familias de recién nacidos hospitalizados. En Uruguay, no existen todavía protocolos institucionales ni lineamientos nacionales que orienten de manera sistemática la atención psicológica en contextos de internación neonatal prolongada. Esto genera que el apoyo emocional y el seguimiento psicológico de las familias dependan, en gran medida, de las posibilidades y sensibilidades del equipo tratante, lo que deriva en respuestas heterogéneas y, en muchos casos, insuficientes.

Objetivos general

Crear un dispositivo de intervención para familias con bebés internados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, con el fin de promover la salud mental perinatal en mujeres gestantes y puérperas que atraviesan períodos prolongados de hospitalización de sus hijos mediante acciones preventivas orientadas al fortalecimiento del bienestar psíquico, el vínculo temprano y la red de apoyo familiar.

Objetivos específicos

- Prevenir y detectar tempranamente psicopatologías emergentes en mujeres gestantes y puérperas que deben estar en largas estancias de hospitalización de sus hijos.
- Favorecer el vínculo madre-bebé, promoviendo la detección temprana de dificultades vinculares en diadas que permanecen hospitalizadas por periodos extendidos.
- Orientar y acompañar a las familias hospitalizadas en torno a sus derechos, brindando información clara y contención emocional, y facilitando el acceso a redes e instituciones pertinentes para su apoyo integral.
- Fortalecer el nexo entre las familias y el equipo de salud durante la estancia de hospitalización, generando un espacio de comunicación y acompañamiento
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario con el equipo de maternidad del hospital, articulando con los servicios de enfermería, pediatría, ginecología, partería, trabajo social y otras áreas, para integrar la perspectiva de salud mental perinatal en la atención integral de las familias.

Estrategia de intervención

Entre los principales elementos que favorecen la protección psicológica de la mujer durante el puerperio se destacan el acceso a información pertinente, la presencia de un acompañamiento continuo y el reconocimiento respetuoso de su vivencia subjetiva. La detección temprana de situaciones de vulnerabilidad, junto con la derivación oportuna a profesionales competentes, constituye una estrategia esencial para la promoción y el cuidado de la salud mental materna tanto en el presente como a largo plazo. Estas intervenciones, además, inciden directamente en la calidad del vínculo temprano con el bebé, vínculo que resulta determinante para su desarrollo afectivo y emocional (Ramírez, 2020).

Por lo antes mencionado, se plantea un dispositivo que sitúe al psicólogo allí donde los acontecimientos suceden, con dos modalidades de intervención que estarán al servicio de las familias. Oiberman (2013) concibe un modelo de trabajo que integra escucha clínica y prevención, situando la intervención en el entramado institucional del sistema de salud. La labor se desarrolla en los espacios cotidianos de internación, al lado de la cama, frente a la incubadora, en pasillos o salas de parto, acompañando las experiencias reales de las familias (Nieri, 2012; Oiberman 2001).

En este marco, se propone también la creación de espacios grupales dirigidos tanto a las familias como al equipo de salud, en los que se aborden temáticas relevantes vinculadas a la experiencia de la internación y la crianza temprana. Estos grupos de apoyo constituyen un ámbito de encuentro, comprensión y empatía, donde madres y padres pueden compartir vivencias, sentirse acompañados y reconocidos por otros que atraviesan situaciones similares. La pertenencia a un grupo de iguales favorece la reconstrucción de la identidad parental y promueve la esperanza en el porvenir (Santos et al, 2015).

A diferencia de los circuitos asistenciales tradicionales, que suele requerir derivaciones formales, coordinación de agendas y tiempos de espera que dificultan una respuesta inmediata, este dispositivo se orienta a garantizar accesibilidad rápida y oportuna, situando al profesional directamente en las áreas de internación y reduciendo significativamente las demoras asistenciales. Su carácter distintivo radica en: (a) su presencia situada en sala; (b) el marco conceptual de la salud mental perinatal; (c) la eliminación de esperas innecesarias; y (d) la articulación permanente con el equipo interdisciplinario. Se trata, por tanto, de un modelo preventivo, accesible y especializado, centrado en el bienestar emocional de las figuras de cuidado durante la hospitalización neonatal.

I) Propuesta de intervención

La intervención se desarrollará en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), institución de referencia nacional conformada por el Hospital de la Mujer y el Hospital Pediátrico. Como hospital de tercer nivel, brinda atención especializada a más de 270.000 niños, niñas y adolescentes de ASSE, recibiendo derivaciones por patologías complejas de todo el país. El Hospital de la Mujer cuenta con servicios de gineco-obstetricia y neonatología, incluyendo alto riesgo obstétrico, diagnóstico prenatal, cirugía neonatal, seguimiento de prematuros, así como dispositivos como el Hogar de Madres y el Banco de Leche Humana (Hospital Pereira Rossell, s.f.).

En este contexto se inserta el dispositivo propuesto, cuya metodología se organiza en torno a tres componentes centrales: la entrevista inicial, la atención psicológica individual y los encuentros grupales.

El primer componente corresponde a la **entrevista inicial**, que se llevará a cabo en sala de maternidad o en unidades de cuidado (Cuidados Moderados, UCI o CTI), según la localización del recién nacido. Los psicólogos podrán recibir derivaciones del equipo de salud o establecer contacto directo con las familias en los espacios de internación, informando sobre el servicio y facilitando el acceso sin esperas prolongadas. En este encuentro se recogerán datos relevantes sobre el motivo de internación del bebé, la historia familiar, la red de apoyo disponible, el estado emocional de los referentes de cuidado y su experiencia subjetiva del proceso. Asimismo, se realizará una breve presentación del dispositivo y se proporcionará información de contacto para favorecer la continuidad asistencial. Esta primera aproximación permite delimitar necesidades, establecer una relación terapéutica inicial y orientar la modalidad de acompañamiento más adecuada.

El segundo componente consiste en la **atención psicológica individual**, que podrá desarrollarse mediante entrevistas en sala, contactos telefónicos o intervenciones psicoterapéuticas breves, dirigidas a madres, padres u otros referentes afectivos. La frecuencia y modalidad de los encuentros se adaptarán a la evaluación clínica y al contexto familiar, pudiendo abarcar desde una única consulta psicoeducativa hasta un proceso de acompañamiento más sostenido. Durante estas intervenciones se prioriza la escucha empática y la validación emocional, atendiendo expresiones de angustia, enojo, culpa o incertidumbre. También se indaga la disponibilidad de apoyo familiar y social, promoviendo la identificación de recursos protectores y favoreciendo la salud mental materna y el fortalecimiento del vínculo temprano. En situaciones de mayor complejidad como vulnerabilidad psicosocial, consumos problemáticos o ausencia de redes de sostén se convocarán instancias intersectoriales con otros profesionales, con el fin de diseñar

estrategias para intervenciones integrales que contemplen el bienestar biopsicosocial de la díada madre-bebé.

Finalmente, el tercer componente está constituido por los **encuentros grupales**, concebidos como talleres mensuales abiertos a madres, padres y otros referentes de cuidado. Todas las familias que se encuentren en seguimiento individual serán invitadas a participar, y se promoverá la articulación con distintos profesionales cuando resulte pertinente. Siguiendo la definición de taller propuesta por Cano (2012), estos espacios funcionan como dispositivos grupales temporales orientados a la construcción de aprendizajes colectivos y al intercambio de saberes, integrando teoría y práctica y promoviendo la transformación subjetiva de las personas participantes. Las temáticas a abordar incluyen la experiencia emocional durante la internación, el afrontamiento de diagnósticos adversos, la comunicación con el equipo de salud, las dinámicas familiares, la lactancia, el vínculo temprano y el proceso de alta hospitalaria. La selección de contenidos permanecerá abierta y flexible, ajustándose a las necesidades emergentes identificadas por el equipo.

En conjunto, estos tres componentes permiten un dispositivo de acompañamiento integral, accesible y especializado en salud mental perinatal, articulado con el funcionamiento clínico del CHPR y orientado a responder de manera oportuna a las necesidades emocionales de las familias durante la hospitalización neonatal.

II) Captación y enlace

El dispositivo estará conformado por psicólogos y psicólogas con formación en Psicología Perinatal, quienes trabajarán de forma rotativa dentro del servicio. La captación se orientará a familias cuyos hijos o hijas se encuentren cursando una internación neonatal, incluyendo recién nacidos desde el nacimiento hasta los 28 días de vida y lactantes de hasta tres meses cuando la hospitalización derive de complicaciones asociadas al período neonatal o a condiciones de prematurez. La intervención no se restringe exclusivamente a bebés prematuros; sin embargo, la prematurez, el bajo peso al nacer, las estancias prolongadas o los procedimientos médicos complejos son considerados indicadores de vulnerabilidad que orientan la necesidad de un acompañamiento más cercano e intensivo.

La detección temprana se realizará mediante articulación continua con equipos de Neonatología, Ginecología-Obstetricia, Psiquiatría, Trabajo Social, Salud Mental y Enfermería, garantizando derivaciones oportunas y continuidad en el seguimiento. Esta dinámica interdisciplinaria favorece intervenciones situadas que impactan de manera directa y positiva en la salud mental perinatal (Santos & Oiberman, 2011; Sánchez et al., 2013).

El acceso podrá producirse tanto por derivación formal como por demanda espontánea, facilitada por la presencia constante del psicólogo en sala. Esto garantiza accesibilidad inmediata, favorece la construcción de confianza y habilita un espacio seguro para la expresión emocional y la elaboración de la experiencia de internación (Rahman et al., 2013; Bauleo, 1977 en Gómez, 1991).

El dispositivo se concibe como un espacio abierto, flexible y preventivo, inserto en la dinámica institucional y orientado a sostener procesos de acompañamiento emocional. Se prioriza la detección precoz de demandas, el acceso rápido a intervenciones psicológicas individualizadas y la consolidación de redes de apoyo que perduren más allá del periodo de hospitalización (Hynan et al., 2015).

III) Modalidad de evaluación

El dispositivo se concibe como un espacio flexible, interdisciplinario y preventivo, donde la intervención se ajusta a las necesidades de cada familia y se articula con otros profesionales de salud para ofrecer un abordaje integral. La evaluación del dispositivo se integra al mismo proceso, constituyéndose en un mecanismo continuo de revisión y mejora. El trabajo individual se evaluará mediante registros de participación y un diario de campo del psicólogo/a, en el que se consignen observaciones sobre la situación emocional de la familia, el vínculo madre-bebé y aspectos psicosociales relevantes. Al finalizar cada encuentro se incluirán preguntas breves a los participantes para recabar su percepción sobre la contención, la utilidad y la accesibilidad del servicio.

Los talleres y grupos de apoyo dirigidos a madres, padres, familias y al equipo de salud se evaluarán mediante registros del equipo de psicólogos/as, observaciones de la dinámica grupal y producciones realizadas por los participantes, siempre con consentimiento informado. La evaluación considera tanto la experiencia de los participantes, quienes comparten cómo vivenciaron el proceso y aportan sugerencias, como el análisis del equipo coordinador, que revisa el desarrollo de los talleres, el cumplimiento de objetivos y la dinámica grupal, pudiendo incluir la participación de un observador externo con criterios previamente definidos.

La evaluación se realizará de manera intermedia, aproximadamente a los dos meses de funcionamiento, y al final, al concluir la intervención, integrando la retroalimentación de los participantes, las observaciones del equipo de psicólogos/as y el análisis interdisciplinario con otros profesionales de salud. Este enfoque permite ajustar tanto las intervenciones individuales como los talleres grupales, fortaleciendo la coordinación entre disciplinas y asegurando un acompañamiento integral, coherente con la realidad de cada familia, al

tiempo que convierte los datos recogidos en una herramienta de aprendizaje y mejora continua del dispositivo.

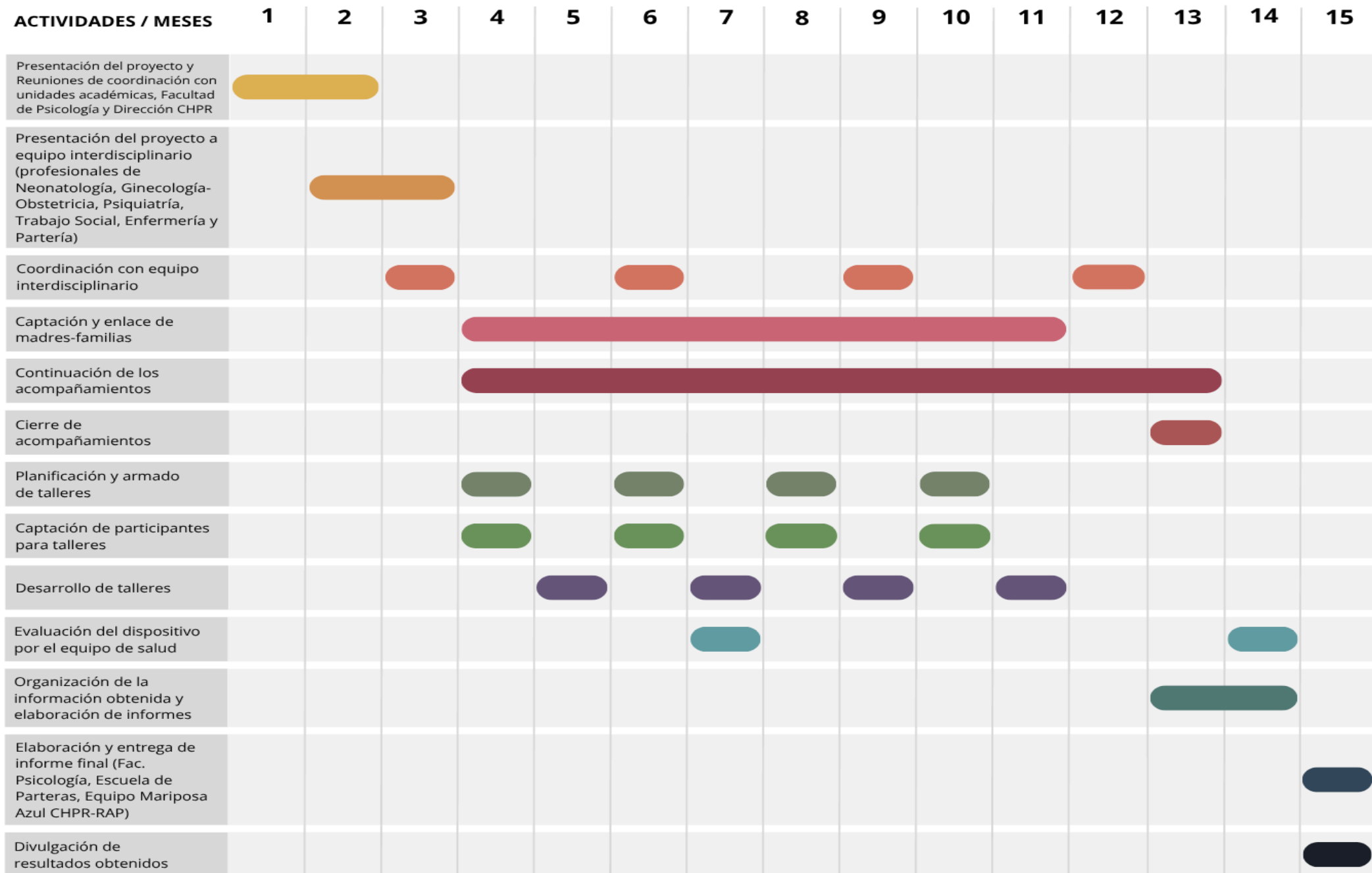
IV) Articulación institucional y proceso de implementación

La implementación requiere un proceso formal de articulación con la institución. En primera instancia, la propuesta será presentada ante la Dirección del CHPR y las jefaturas de los servicios involucrados, mediante un documento técnico que exponga objetivos, fundamentos teóricos, población destinataria, modalidades de intervención, criterios de inclusión, procedimientos de captación y plan de evaluación.

Posteriormente, se solicitará una reunión con las autoridades y equipos de referencia para discutir la viabilidad del proyecto, revisar recursos disponibles y definir mecanismos de articulación intersectorial. En este espacio se acordarán aspectos operativos tales como áreas de trabajo, modalidades de registro, canales de derivación, tiempos de coordinación y lineamientos para la comunicación con las familias.

Una vez aprobado, se desarrollará una instancia de socialización interna dirigida a los equipos asistenciales, a fin de presentar los objetivos del dispositivo, aclarar su alcance y establecer pautas comunes de trabajo. La articulación temprana y sostenida resulta clave para garantizar una implementación efectiva y un funcionamiento integrado en la dinámica del CHPR.

Cronograma



Análisis de la implicación

Este proyecto de intervención nace del deseo de acompañar y dar visibilidad a un momento profundamente sensible en la vida de las familias: la internación de un niño o niña. Considero que ofrecer un sostén adecuado en estas circunstancias puede marcar una diferencia significativa en la manera en que las familias transitan y elaboran esta experiencia.

A su vez, constituye la posibilidad de articular la teoría aprendida con la práctica, luego de un extenso recorrido académico orientado hacia una psicología de la salud con perspectiva de género y derechos humanos. El tránsito por la unidad curricular Psicología de la Salud Reproductiva y Perinatal me permitió iluminar y reflexionar sobre temáticas que antes desconocía, y que hoy se transforman en una causa que asumo con compromiso: la defensa de los derechos de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, así como la visibilización de las desigualdades persistentes en el acceso y la calidad del cuidado.

Además, tuve la oportunidad de participar en una fundación sin fines de lucro dedicada a acompañar a las madres en la lactancia durante la internación de sus hijos e hijas. Esta experiencia me permitió observar de cerca la escasa contención emocional y la falta de apoyo psicológico en esos espacios. Si bien la presencia de trabajadoras sociales, parteras y enfermeras cumple un rol relevante de sostén, considero que no resulta suficiente. Por ello, mi propósito es promover la inclusión de la psicología perinatal dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud, especialmente en aquellos contextos donde se vuelve imprescindible la figura del “psicólogo de trinchera” (Nieri, 2012), capaz de ofrecer una escucha sensible, comprometida y situada.

Consideraciones éticas

Este proyecto de intervención será implementado en Centros de Salud públicos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). La propuesta aborda el acompañamiento a madres, padres y referentes afectivos en una situación altamente sensible y emocional, como lo es la internación de un bebé. En este contexto, la intervención se orienta a generar espacios de psicoeducación, escucha y contención, que favorezcan la expresión de vivencias, emociones y sentimientos, promoviendo un clima de confianza, respeto y seguridad.

La participación en los encuentros será de carácter voluntario, y las personas participantes podrán retirarse en el momento que lo consideren pertinente, sin que ello implique perjuicio alguno. Previamente a su incorporación, se les informará acerca de los objetivos, características y alcances de la intervención, solicitando la firma de un consentimiento informado para su participación. La información compartida durante las instancias de trabajo quedará amparada por el secreto profesional, asegurando la confidencialidad y el resguardo de la intimidad de las familias involucradas. Los dispositivos no serán registrados mediante medios audiovisuales; en su lugar, se efectuará un registro escrito a través de un diario de campo confeccionado por los/as profesionales intervinientes, destinado a la sistematización de la experiencia y al análisis del proceso de intervención, garantizando en todo momento el anonimato y la protección de los datos personales.

En coherencia con estos principios, el presente proyecto se rige por el Código de Ética Profesional del Psicólogo/a (2001), en particular por los siguientes preceptos: responsabilidad, confidencialidad, humanismo y no discriminación.

De este modo, el proyecto sostiene un encuadre ético y profesional que resguarda los derechos, la autonomía y la dignidad de las personas participantes, priorizando una práctica respetuosa, responsable y humanizada.

Resultados esperados

Con esta intervención se espera que madres y padres tengan acceso a un acompañamiento psicoemocional durante la internación de su hijo, con el objetivo de reducir el impacto del estrés materno y favorecer la interacción temprana con el bebé, apoyar el inicio y la continuidad de la lactancia, promoviendo el bienestar emocional y nutricional de la díada.

Por otra parte, se espera que las familias dispongan de información clara y actualizada, así como de conexiones con instituciones y organizaciones que les brinden apoyo durante la hospitalización del recién nacido y posteriormente.

En relación al modelo de intervención, se busca incorporar al psicólogo perinatal en el ámbito hospitalario y evidenciar los beneficios de su participación en el equipo de salud.

A mediano y largo plazo, se espera que los resultados de estas intervenciones, promuevan políticas y programas de salud que impulsen la atención integral de familias con recién nacidos hospitalizados y una mayor visibilización sanitaria y social de esta problemática.

Referencias

- ASSE. (2014). Manual de procedimiento de Reperfilamiento Programa Aduana. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Recuperado de <https://www.asse.com.uy/contenido/Manual-de-Procedimiento-de-Reperfilamiento-Programa-Aduana-7903>
- ASSE. (2023). Banco de Leche Humana. Administración de los Servicios de Salud del Estado. <https://www.asse.com.uy>
- Benia, W., De Mucio, B., León, I., Caviglia, C., Alegretti, M. (2008) Situación epidemiológica del Uruguay. En Benia, W. Y Reyes, I. (Coord) Temas de Salud Pública Tomo I. (63-103). Oficina del Libro FEFMUR.
- Bianco, G. (2013). Psicología Perinatal. En Hablando se entiende la mente. Entrevista realizada por la periodista Samantha Coquillat, en el diario Ultima hora. Recuperado de: www.gabriellabianco.com
- Bronfenbrenner, U. (1979). Conceptos básicos. En Ecología del desarrollo humano (pp. 143-155). Paidós: Barcelona.
- Cano, A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, 2(2), pp.22-51. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5653/pr.5653.pdf
- Charpak, N. (2006). Bebés Canguros. El método que humaniza el cuidado de los recién nacidos, mejora su desarrollo, brinda bienestar físico y emocional a las madres y a los bebés. Barcelona: Gedisa.
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Sociedad de Psicología del Uruguay, Universidad de la República, Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay, Facultad de Psicología. (2001). Código de Ética profesional del Psicólogo/a. Recuperado de <https://www.psicologos.org.uy/sobre-cpu/codigo-de-etica/>
- 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>

- Cuéllar, I y Trapero, M. (2017). Programa de Atención Psicológica en Neonatología: Experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Clínica Contemporánea*, 8, e28. <https://doi.org/10.5093/cc2017a18>
- Defey, D; Elizalde, J; Rivera, J. (1995). Psicoterapia focal; intervenciones de objetivos y tiempos definidos. Montevideo, Roca Viva.
- Dos santos, LB, Torres, RRR., de Araújo, HMM., & Pereira, CS. (2023). Comprender el trabajo de los psicólogos en la UTI neonatal: relato de experiencia de la práctica de los psicólogos en una maternidad de Piauí (Brasil). *Conjeturas* , 23 (2), 237–253. <https://doi.org/10.53660/CONJ-2301-23A21>
- Echeverría, M. (2013). ¿Cuál es el rol del psicólogo perinatal? Artículo extraído de: psicologiaperinatal.blogspot.com
- 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, P y Olza, I. (2020). Psicología del embarazo. Madrid. Editorial Síntesis. Fundación Canguro (s.f). <https://www.fundacioncanguro.org/>
- Gil, A., & Cambón, V. (2014). El Plan CAIF como política pública de primera infancia.
- Gómez, R. (1991). Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. *Clínica y Salud*. 2(3), 257. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/9f61408e3afb633e50cdf1b20de6f466>
- González Serrano, F. (2009). Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: la relación temprana y el apego. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, (48), 61-80.
- Hospital Pereira Rossell (s.f). <http://www.pereirarossell.gub.uy>
- Hynan, M. T., Mounts, K. O., y Vanderbilt, D. L. (2013). Screening parents of high-risk infants for emotional distress: rationale and recommendations. *Journal of Perinatology*, 33(10), 748-753. <https://doi.org/10.1038/jp.2013.72>
- Hynan, M. T., Steinberg, Z., Baker, L., Cicco, R., Geller, P. A., Lassen, S. y Stuebe, A. (2015). Recommendations for mental health professionals in the NICU. *Journal of Perinatology*, 35(1), 14–18.
- Instituto Psicología de la Salud (2010) Primer avance del proyecto – Documento Fundacional. https://salud.psico.edu.uy/sites/default/files/documento_fundacional.inst._psic._salud_1.pdf
- Kerikian, C. (2011). Efectos de una práctica: la psicología perinatal en la fundación hospitalaria. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en

- Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
Recuperado de: <https://www.aacademica.org/>
- Magnone, 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>
- Magnone, Natalia (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. X Jornadas de Investigación: derechos humanos, seguridad y violencia. Montevideo.
- Magnone, N, y Farías, C. (2022). Violencia obstétrica en Uruguay. Desafíos para la protección de los derechos reproductivos de las mujeres. Musas: Revista de Investigación en mujer, salud y sociedad, 7(2), 62-80. 10.1344/musas2022.vol7.num2.4.
- March of Dimes. (2023). NICU Family Support program. March of Dimes. <https://www.marchofdimes.org/nicu-family-support>
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. En Segundas jornadas de atención primaria de la salud (pp.451-464), Buenos Aires, Argentina: UBA.
- 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 (2019). Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/avances-consolidacion-sistema-nacional-integrado-salud>
- 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. 54 <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). *Orientaciones psicoafectivas para referentes familiares ante el nacimiento de su bebé prematuro*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_ORIENTACIONES_PSICOAFECTIVAS_FAMILIARES_BE_BE_PREMATURO.pdf
- Montes, M. (2008) “Cuerpos gestantes y orden social” Universidad Rovaira, Madrid

- Morales Calatayud, F. (1997). Introducción al estudio de la psicología de la salud. Secretaría General Administrativa Editorial UniSon.
- Morales Calatayud., F. (2015). La Psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Psencia revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 7(1) 120-123.
- National Perinatal Association. (2015). Interdisciplinary recommendations for the psychosocial support of NICU parents. *Journal of Perinatology*, 35(S1), S29–S36. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.141>
- Nieri, L. (2012). Intervención paliativa desde la Psicología Perinatal. En *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Vol 31, Nº 1. Pp. 18-21. www.redalyc.org
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. En *Avances en Psicología. Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón*, Vol. 16, Nº 1, pp. 9-38. Lima. Ediciones Libro Amigo.
- Oiberman, A. (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. En *Revista Psicodebate 1. Psicología, Cultura y Sociedad*, Año 1, Número 1. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de Palermo.
- Oiberman, A. (2013). *Nacer y acompañar: Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- 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., Santos, S., Nieri, L. (2011). La dimensión emocional de la maternidad: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. En *Boletín de la maternidad*. Publicado por Fundación Observatorio de la Maternidad. Nº 11, pp. 16-19 Buenos Aires. Recuperado de: www.o-maternidad.org.ar
- Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto: Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace: Revista Iberoamericana de Psicosomática*, (111), 79–86.
- Olza, I (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (96), 35-41.
- Olza, I.; Fernández Lorenzo, P.; González Uriarte, A.; Herrero Azorín F.; Carmona Cañabatee, S; Gil Sanchez, A.; Amado Gómez, E.; Diph, ME. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*; 41(139): 23-35.

- 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 Panamericana de la Salud (2021). Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay. <https://www.paho.org/es/documentos/funcionamiento-sistema-salud-uruguay#:~:text=Principios>
- Pineda, R., Bender, J., Hall, B., Shabosky, L., Annecca, A., & Smith, J. (2017). Parent participation in the neonatal intensive care unit: Predictors and relationships to neurobehavior and developmental outcomes. *Early Human Development*, 117, 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2017.12.008>
- Rahman, A., Surkan, P. J., Cayetano, C. E., Rwagatare, P. y Dickson, K. E. (2013). Grand Challenges: Integrating Maternal Mental Health into Maternal and Child Health Programmes. *PLoS Medicine*, 10(5), 1001442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001442>
- Ramirez, E. (2020). Psicología del Posparto. Síntesis.
- Sánchez, M., Jurado, R., Kovacs, A., Mariscal, B., Orgaz, M., Ramos, M., Rodríguez, M., Sánchez, D. (2013). Psicología Perinatal: conceptos y actualidad. En Guía del Psicólogo. N° 336. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://www.copmadrid.org>
- Santos, M. y Oiberman, A. (2011). Abordaje Psicológico de la maternidad en situaciones críticas de nacimiento. En III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. www.aacademia.org
- Santos, P, Yáñez. A., Al-Adib. M., (2015). Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Recuperado de: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/libro_duelo_ses.pdf
- Sierra-García, P. y Carrasco, M. (2019) Psicología perinatal: vínculo materno-fetal y apego. Síntesis.
- Sívori, J. (2010). Área Salud. Curso: “ Aspectos Psicológicos de la Atención Sanitaria”. Psicología de la salud. Descripción de las principales vertientes (segunda parte) centro de estudiantes universitarios de Psicología. CEUP
- Stern, D. (1995). La constelación maternal. Paidós, Barcelona.
- Stern, D, N y otros. (1999). El nacimiento de una madre. Como la experiencia de la maternidad te cambia para siempre. Barcelona. Ed. Paidós.

- Uruguay (2008). Ley N° 18426 Defensa de la salud sexual y reproductiva. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- Uruguay (2017). Ley N° 19580, Violencia hacia las mujeres basada en género. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
- Valle, E. y Amat, M^a Isabel (2012). Método canguro y lactancia materna en una UCI neonatal. *DESENVOLUPA: la Revista de Atención Precoz*, (33), 1-11. Recuperado de: <http://www.desenvolupa.net/esl/Numeros/Numero-33-05-2012/Metodo-canguro-y-lactancia-materna-en-una-UCI-neonatal-E.-Valle-Ma-I.-Amat>
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: The need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1), S25–S37. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00519-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00519-7)
- 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>
- Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* Edit. Paidós, Argentina.
- Winnicott, D. W. (1967). *The Child, the Family, and the Outside World*. Penguin Books.
- Xavier, D. M., Gomes, G. C., Barlem, E. L. D., & Erdmann, A. L. (2013). A família revelando-se como um ser de direitos durante a internação hospitalar da criança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1334–1341. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600009>