



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Proyecto de Intervención

EN RED

Propuesta de acompañamiento grupal
en salud mental perinatal
desde un enfoque de derechos.

Estudiante: Camila Cardarello Compiani - C.I: 4.773.761-8

Tutora: Prof. Adj. Dra. Carolina Farías

Revisora: Prof. Adj. Dra. Alejandra Akar

Instituto de Psicología de la Salud

Montevideo, octubre 2025

Índice

Índice	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
Contextualización	6
Aspectos antropológicos y culturales	6
Prevalencia del enfoque biomédico	7
Contexto internacional, nacional y políticas públicas	9
Marco conceptual	17
1- Psicología perinatal - Salud mental materna	17
2- Grupos de ayuda mutua	22
3- Continuidad del cuidado en la atención perinatal	23
Problema de intervención	28
Objetivo general	29
Objetivos específicos	29
Diseño de la intervención	31
Población destinataria y lugar donde se llevará a cabo	31
Modalidad de trabajo - metodología	32
Etapas de la intervención	33
Cronograma y desarrollo de actividades	36
Estrategia de evaluación	37
Evaluación del proceso	37
Evaluación de resultados sobre el bienestar psicoafectivo	38
Momentos de evaluación	38
Resultados esperados	40
Resultados cuantitativos	40
Resultados cualitativos	40
Consideraciones éticas	41
Referencias bibliográficas	42

Agradecimientos

A Tincho por ser sostén incondicional en este proceso formativo y en tantos otros momentos significativos. No encuentro palabras para expresarte mi inmensa gratitud. Te amo.

A mis padres, por darme la vida y su apoyo siempre. Hoy, con una comprensión más profunda sobre lo que implica mapaternar, agradezco especialmente el tiempo y la dedicación amorosa que brindaron a mi crianza y a la de mis hermanos.

A mis hermanos. La vida es mucho más linda con ustedes. Ene, gracias por la paciencia y dedicación con que has leído y corregido cada uno de mis trabajos. Belu, gracias por el aliento y confianza en este sinuoso camino. Andi, gracias por tu ejemplo humilde y comprometido. ¡Me encanta ser futuros colegas!

A la Universidad de la República, especialmente a la Facultad de Psicología que durante tantos años me acogió y posibilitó mi crecimiento y formación. A los docentes que a lo largo del camino dejaron su huella y a tantos compañeros de estudio con los que fui recorriendo y aprendiendo estos años. Gracias.

A todas las mujeres con las que compartí y de quienes me nutré durante estos años de formación en Perinatalidad. Mi admiración y agradecimiento por tanta valentía, militancia y amor. Entre ellas, a mi tutora Carolina, por aceptar acompañarme en este proceso, por la confianza y las oportunidades de crecimiento que me brindó durante este tiempo.

A Mariana Diez por haberme orientado hacia un camino que me abrió muchas puertas, entre ellas el encuentro con la perinatalidad. Porque hemos vuelto a coincidir y su apoyo en esta recta final fue muy significativo en momentos cruciales. Muchas gracias.

Al equipo de Nacer Mejor, especialmente a Sylvia por su generosidad.

A las familias de los CAIF con quienes trabajé y me permitieron conocer parte de su vida, sus alegrías y sufrimientos. Aunque quizás no lo lleguen a saber, han sido una parte fundamental en la motivación y creación de este proyecto. Gracias por ayudarme a crecer en humildad y en escucha.

A las familias que confiaron en Meraki, con todo lo que eso significa para mi y mi proceso.

A mis amigas, potencia femenina indispensable para la vida, el crecimiento y el puerperio.

Este trabajo y todos los años previos de estudio no hubieran sido posibles sin la red de cuidados amorosa con la que contamos infinidad de veces. A los cuatro abuelos de Juanfran, a Mari, Paty, Eli, Pique, Gime, Andre, Jani, Mica. Gracias por el apoyo y sostén de cada una de ustedes.

Por último, gracias Juan Francisco, por elegirme para ser tu mamá y permitirme acompañarte en tu crecimiento, que implica a la vez el mío propio. Sos el maestro más potente y sonriente que la vida me regaló. Gracias por tu paciencia y comprensión en este último tramo. Te amo profundamente.

Resumen

El siguiente proyecto busca consolidar un modelo de acompañamiento comunitario, accesible y preventivo, que amplíe las oportunidades de cuidado emocional y vincular de mujeres embarazadas y puérperas. La salud mental perinatal es clave en la experiencia de maternidad, con efectos directos sobre el bienestar de las mujeres, el vínculo temprano y el desarrollo infantil. Sin embargo, la atención continua centrada en la detección de psicopatología por sobre la promoción de la salud. A pesar de avances normativos y programáticos, aún se observa en nuestro país una brecha entre el enfoque integral propuesto y su implementación.

En este contexto, se propone un dispositivo que promueva el bienestar psicoemocional desde un enfoque de derechos, preventivo y no patologizante. Se estructura en tres etapas: (1) una etapa prenatal orientada al fortalecimiento emocional y grupal; (2) una segunda etapa que abarca los primeros 5 meses de puerperio donde se hará foco en la identidad materna (3) y una tercera etapa a partir de los 6 meses hasta el año de vida enfocada a los vínculos y la crianza respetuosa.

La metodología contempla encuentros grupales de ayuda mutua, que habiliten la expresión emocional, el intercambio entre mujeres que atraviesan experiencias vitales similares y el fortalecimiento de recursos personales y comunitarios. Se integran además instancias de psicoeducación, recursos expresivos y prácticas de atención plena (*Mindfulness*).

La evaluación se abordará mediante una estrategia mixta, que permita valorar el proceso de implementación, el nivel de satisfacción de las participantes y los efectos sobre su bienestar psicoafectivo. Se espera que las mujeres reconozcan y potencien sus propios recursos, amplíen su red de sostén y vivan una transición a la maternidad acompañadas y en salud.

Este proyecto se propone como una contribución concreta a la integración efectiva de la salud mental perinatal en los modelos de atención, desde un enfoque de promoción, prevención y cuidado. Reafirmando que cuidar la salud mental materna es también cuidar la salud de las infancias y de toda la comunidad.

Palabras clave: Promoción y prevención en salud mental perinatal; Grupos de ayuda mutua; Embarazo y puerperio; Perspectiva de género.

Contextualización

Es tiempo de visibilizar la maternidad, las gestaciones, los partos

y los pospartos como eventos cruciales en la vida de la mujer,

de su pareja y del sistema familiar en general.

(Ramírez, 2022, p. 237)

Aspectos antropológicos y culturales

Históricamente el embarazo, el parto y el puerperio son acontecimientos vitales cargados de significación social y simbólica. La forma en que estos procesos se viven varían de acuerdo a las prácticas, costumbres y valores de cada cultura. En algunas tribus y poblaciones originarias predomina una lógica de cuidado colectivo. La mujer y el recién nacido son protegidos por la familia y la comunidad que reconoce las necesidades específicas de la diáda en este período (Ramírez, 2022). En contraste, las sociedades occidentales, atravesadas por la lógica productiva, la medicalización y la fragmentación de los vínculos tienden a invisibilizar las dimensiones emocionales y relacionales de la maternidad (Magnone, 2010, 2022; Vivas, 2019).

La transmisión de saberes vinculados a la maternidad, tradicionalmente sostenida en el intercambio intergeneracional y en contextos comunitarios, ha sido progresivamente desplazada hacia un modelo mediado por profesionales de la salud (Pittman, 1990). Los dispositivos actuales, como los cursos de preparación al parto o el seguimiento en el puerperio suelen centrarse en aspectos biomédicos y logísticos, relegando el abordaje de las experiencias emocionales y subjetivas propias del embarazo y del puerperio (Ramírez, 2022). Este desplazamiento del cuidado colectivo hacia el control técnico del cuerpo femenino ha consolidado un modelo biomédico centrado en la prevención del riesgo físico, con escaso reconocimiento del bienestar psicoemocional de las gestantes y puérperas, así como de otras dimensiones fundamentales como la social, la política y la subjetiva (Martíarena, 2022; Magnone, 2010, 2022; Velázquez, 1987, citado en Giberti y Fernández, 1992; Farias, 2024). Frente a esta limitación, cobra especial relevancia el fortalecimiento del apoyo psicoemocional desde un enfoque integral de promoción y prevención de la salud mental.

Prevalencia del enfoque biomédico

Desde la década de 1970, la atención perinatal en occidente ha atravesado un proceso de medicalización, caracterizado por el control del cuerpo gestante y la creciente tecnificación del embarazo y el parto (Magnone, 2010, 2022). Siguiendo a Saforcada y Moreira (2014) Farías (2024) plantea que “La atención al embarazo y nacimiento es un claro ejemplo de cómo un proceso de salud se transforma en un proceso de enfermedad pública. Un proceso fisiológico es transformado, evaluado e intervenido desde los posibles efectos negativos (p.49). Este enfoque, orientado principalmente a detectar dificultades, tiende a posicionar a la mujer como un sujeto pasivo frente a las decisiones sobre su propio cuerpo, el cual pasa a ser concebido como un “cuerpo-para-otro” (Martíarena, 2022, p. 42), en tanto el foco principal está en el desarrollo saludable del bebé .

Si bien este modelo ha contribuido a reducir la morbilidad materna y neonatal, con frecuencia genera malestar emocional y ansiedad en las mujeres (Olza & Lebrero, 2016; Ramírez, 2022). Blanco (2019) utiliza la metáfora de la “carrera con obstáculos” para describir la experiencia de muchas mujeres ante la sucesión de controles rutinarios. La excesiva tecnificación de estos procesos, lejos de aportar tranquilidad, puede generar una sobrecarga emocional y estrés, especialmente cuando no se acompaña de una escucha sensible y respetuosa (Olza & Lebrero, 2016; Ramírez, 2022).

La concepción tradicional de prevención del riesgo en la atención perinatal, basada en el uso de un lenguaje alarmista, múltiples diagnósticos e intervenciones, es actualmente cuestionada por su potencial iatrogénico. Este enfoque, lejos de tranquilizar, puede transformar un riesgo potencial en un peligro real, especialmente cuando se transmiten expectativas negativas sin una adecuada contención emocional. El fenómeno puede explicarse a partir del efecto nocebo, según el cual la comunicación inadecuada y el clima de tensión inducen respuestas fisiológicas adversas: incremento de la ansiedad, el dolor y la activación neuroendocrina, generando un estrés significativo tanto en la mujer como en el bebé en desarrollo (Colloca & Barsky, 2020; Odent, 2008, 2009, 2011).

Sin embargo, los encuentros prenatales pueden ser una oportunidad valiosa para fortalecer el vínculo entre la mujer embarazada y el sistema de salud. Si se trabaja desde un enfoque integral que contempla también, las dimensiones emocionales, vinculares y psíquicas del embarazo, la atención prenatal puede ser una plataforma privilegiada para promover la

salud materno-infantil, acompañando los procesos psíquicos necesarios para el despliegue de la función materna en el puerperio (Fernández & Olza, 2020).

En esta línea, la Guía de Recomendaciones para la Atención del Embarazo y Puerperio del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2024a) enfatiza la importancia de la comunicación efectiva y el apoyo emocional durante el embarazo, reconociendo que una experiencia positiva en esta etapa puede sentar las bases para una maternidad saludable. En consonancia, la OMS (en MSP, 2024a) señala que las mujeres esperan una atención prenatal que promueva bienestar, confianza y acompañamiento emocional. Sin embargo, numerosos estudios evidencian que, si bien muchas mujeres se sienten acompañadas durante la gestación, tras el nacimiento experimentan un vacío asistencial que coincide con un incremento de sentimientos de cansancio, ansiedad, soledad y ambivalencia (Chapman & Gubi, 2022; Ramírez, 2022; Odent, 2011, Veras Iglesias 2023).

En el posparto, la atención sanitaria tiende a concentrarse casi exclusivamente en la recuperación física y la planificación familiar, relegando aspectos emocionales y vinculares fundamentales. Esto convierte al puerperio en una etapa invisibilizada dentro de los cuidados de salud (Corbo et al., 2011), vivida frecuentemente como un período de vulnerabilidad y agotamiento físico y emocional, donde muchas mujeres se sienten poco informadas y acompañadas por el sistema (Chapman & Gubi, 2022; Silva et al., 2025).

Tal como plantea Olza (2018, en Ramírez, 2022), es importante que “el sistema sanitario asuma una función de sostén emocional, reconociendo y amplificando los aspectos positivos de la experiencia materna, y ayudando a las mujeres a tomar conciencia de sus propias capacidades y logros” (p. 96).

En nuestro país, se observa un compromiso sostenido en la mejora de la atención perinatal, reflejado en la actualización continua de herramientas y protocolos que promueven un abordaje integral de la salud materna. En este sentido, la guía del MSP anteriormente nombrada, plantea entre sus objetivos fortalecer la comunicación y el acompañamiento y reconoce la importancia de la dimensión psicoemocional (MSP, 2024a). Sin embargo, la psicología perinatal aún no está plenamente integrada a los equipos técnicos ni a las estrategias concretas de intervención (MSP, 2024a). Esta situación limita las posibilidades de acompañar de forma adecuada los procesos emocionales que atraviesan las mujeres

gestantes y puérperas, así como de prevenir situaciones de sufrimiento psíquico que podrían abordarse desde la promoción y la prevención.

Contexto internacional, nacional y políticas públicas

A nivel mundial la integración de la salud mental perinatal en la atención materno-infantil continúa en una etapa incipiente (OMS, 2022a). En Europa, por ejemplo, de los 53 Estados miembros de la OMS, 43 cuentan con políticas generales de salud mental, pero solo 25 incluyen políticas específicas en salud mental perinatal; once disponen de servicios especializados durante el embarazo y apenas diez ofrecen cribado prenatal (Horakova et al., 2024). En América Latina, si bien en la revisión bibliográfica no se encontraron datos comparables, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s/f) menciona que, aunque casi todos los países de la región cuentan con políticas generales en salud mental, las iniciativas específicas en salud mental perinatal siguen siendo escasas.

Uruguay ha sido pionero en la región en la promoción de políticas públicas orientadas a la salud sexual, reproductiva y perinatal. En las últimas décadas, se fue consolidado un marco normativo y programático que reconoce la importancia de una atención integral y con enfoque de derechos, reflejado en leyes como la N.º 18.426 sobre *Salud Sexual y Reproductiva* (Uruguay, 2008) y la N.º 17.386 (Uruguay, 2001) sobre *el derechos de las mujeres a estar acompañadas durante el nacimiento*, así como en la creación del *Sistema Nacional Integrado de Salud* (Ley N° 18211, Uruguay, 2007). Las recientes guías del Ministerio de Salud Pública (2024a, 2024b) refuerzan esta orientación al incluir objetivos vinculados al parto humanizado, la lactancia y la salud psicoemocional perinatal. No obstante, se advierte una brecha entre el marco conceptual de la atención integral y su aplicación práctica. Pese a los esfuerzos y avances, persiste el desafío de incorporar de manera efectiva la salud mental perinatal al modelo asistencial, fortaleciendo la atención emocional y vincular, como parte esencial del bienestar materno-infantil.

El presente proyecto se inscribe en la búsqueda de espacios psicoemocionales colectivos, donde las mujeres puedan compartir experiencias, construir redes de apoyo y fortalecer su salud mental durante el embarazo y el puerperio. Esta perspectiva recupera el valor del sostén comunitario, la escucha entre pares y la validación de la experiencia subjetiva como factores protectores fundamentales de la salud perinatal (Campos, 2020; Lorenz, 2005).

Antecedentes

Como primer antecedente histórico de trabajo en grupos de apoyo mutuo en la perinatalidad debemos mencionar a la Liga de la Leche (LLI). Fundada en 1956 en Chicago por siete mujeres, su objetivo es brindar ayuda, información y acompañamiento a madres en la lactancia, fortaleciendo su confianza y promoviendo redes de apoyo entre pares. Este modelo, centrado en la solidaridad, el empoderamiento y la transmisión de conocimientos prácticos, ha demostrado ser efectivo para favorecer la seguridad y el bienestar materno. Actualmente, la LLI está presente en más de 80 países, entre ellos Uruguay, y constituye un referente internacional de acompañamiento basado en la ayuda mutua (Liga internacional de la leche, s/f).

Asimismo, programas internacionales como los implementados en el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda (Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2024), han demostrado la efectividad de grupos de apoyo entre pares para mujeres con problemas emocionales, infertilidad o duelo perinatal. Estos modelos combinan sesiones presenciales y en línea y promueven compartir experiencias, el intercambio de estrategias prácticas y la creación de redes de apoyo.

A partir de la revisión bibliográfica se observa que en las últimas décadas se incrementaron los modelos de atención grupal prenatal (PGA por sus siglas en inglés) con el objetivo de mejorar la salud tanto materna como infantil. Modelos como *CenteringPregnancy*, *CenteringPregnancy Plus* o *Expect With Me* comparten elementos comunes: son modelos que contemplan no solo el seguimiento biomédico del embarazo, sino también el acompañamiento emocional, educativo y comunitario de las mujeres gestantes. Plantean un abordaje grupal con un número de participantes que puede oscilar entre 8 y 12 mujeres, la duración de cada taller es de entre 90 a 120 minutos y en todos los casos participan profesionales de la salud que actúan como facilitadores en un total aproximado de 10 encuentros. De acuerdo a las fuentes consultadas, este tipo de abordajes promueven el intercambio entre las participantes y busca fortalecer a las mujeres para que tengan un rol activo en su salud durante el embarazo (Byerley & Haas, 2017). *Centering Pregnancy* se implementó en diversos contextos y poblaciones y ha mostrado resultados positivos tanto en términos obstétricos como psicoemocionales. De acuerdo a una investigación realizada

sobre este modelo, el 96% de las mujeres preferían recibir atención prenatal en modalidad grupal (Rising, 2012).

Las investigaciones evidencian una asociación entre la participación en grupos de atención prenatal con una mayor satisfacción con la experiencia de parto, menores tasas de parto prematuro, mayor peso al nacer y mejores indicadores en la iniciación y duración de la lactancia materna (Tilden et al., 2014; Ickovics et al., 2007; Klima et al., 2010; Brumley, et.al., 2016; Tanner-Smith,et.al., 2013).

Asimismo, estudios cualitativos con mujeres migrantes y de bajos ingresos han señalado que esta modalidad grupal promueve la autonomía, el empoderamiento y la capacidad de abogar por sí mismas en el entorno hospitalario (Liu et al., 2017). Las participantes valoran especialmente el acompañamiento continuo, el vínculo con otras mujeres embarazadas y el acceso a herramientas concretas para afrontar el parto con menor intervención médica y mayor conciencia corporal.

En la misma línea, una revisión sistemática reciente sobre intervenciones grupales de apoyo entre pares en el período perinatal concluyó que este tipo de estrategias puede contribuir a reducir los niveles de depresión y ansiedad en mujeres gestantes, favoreciendo el bienestar emocional tanto en el corto como en el mediano plazo. Este tipo de iniciativas de acompañamiento grupal, tienen carácter preventivo y posibilitan el fortalecimiento psíquico durante el embarazo (Shah et al., 2024).

Dinamarca cuenta con diversas propuestas de intervención grupal psicoemocional perinatal. Un ensayo clínico aleatorizado de ejercicio grupal supervisado para embarazadas con antecedentes o riesgo de depresión mostró una mejora significativa en el bienestar emocional de las mujeres a las ocho semanas posparto (Broberg, et. al., 2021). Del mismo modo, un estudio piloto de intervención basada en mindfulness (MBSR), desarrollado en una clínica hospitalaria de Copenhague, evaluó la viabilidad y aceptabilidad de un modelo grupal integral que combina psicoeducación, apoyo emocional y técnicas de reducción de estrés para embarazadas (Skovbjerg et al., 2023). Desde 1976 también existe en ese país APA (actualmente Familieskolen), una organización sin fines de lucro que ofrece múltiples opciones de acompañamiento grupal perinatal. Dentro de su amplia oferta vinculada a la promoción y prevención de la salud materna-infantil, se destacan programas de ocho sesiones previas al nacimiento, que continúa (opcional) con otras ocho sesiones postparto a

partir de la cuarta semana tras el nacimiento. Estas propuestas son llevadas adelante por profesionales de la salud, especialmente psicomotricistas, psicólogos, enfermeras, parteras, obstetras y profesores de educación física (Familieskolen, s.f.).

En España, además de los modelos clínicos estandarizados de atención prenatal, han surgido diversas iniciativas comunitarias y asociativas orientadas a promover la salud perinatal desde un enfoque grupal y psicoemocional. La Sociedad Marcé Española para la Salud Mental Perinatal (MARES) impulsa la investigación y la formación profesional en el ámbito de la salud mental perinatal, así como la concientización social a través de campañas como el *Día Mundial de la Salud Mental Materna* (Sociedad Marcé, s.f.). El Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, por su parte, sostiene el foro virtual *Mamá Importa*, un espacio de apoyo mutuo entre mujeres embarazadas y puérperas, moderado por profesionales de la psicología perinatal (Olza e Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, s.f.).

Desde 2003 también existe en España “El Parto es Nuestro” (EPEN), una asociación sin fines de lucro, feminista, formada por usuarias y usuarios del sistema de salud mayoritariamente mujeres, que pretende mejorar las condiciones de atención a las madres y bebés durante el embarazo, parto y posparto. EPEN brinda información basada en la evidencia científica para favorecer nacimientos respetados y libres de violencia obstétrica, difunde las recomendaciones de la OMS y comparte testimonios que visibilizan la necesidad de mayor protección hacia los derechos de las mujeres y las infancias. Funciona en grupos locales en todo el país y propone reuniones abiertas y gratuitas para madres y futuras madres (también pueden asistir niños y parejas), brindando apoyo e información sobre el embarazo, el parto y la lactancia (El parto es Nuestro, s.f.).

De acuerdo a la bibliografía consultada, la mayoría de las propuestas grupales perinatales existentes no contemplan a madres con problemas de salud mental complejos que puedan presentar un riesgo para el vínculo materno-infantil y el desarrollo temprano. Sin embargo, en Australia se implementó *Together in Mind*, un programa de intervención grupal, diseñado específicamente para mujeres con trastornos mentales perinatales moderados o severos y sus bebés menores de 12 meses. El dispositivo se desarrolla en formato interdisciplinario, durante seis semanas, integrando servicios de salud mental de adultos, salud mental infantoyjuvenil y atención domiciliaria de enfermería, bajo un enfoque biopsicosocial y centrado en el trauma. El programa combina instancias de psicoeducación y apoyo en

pequeños grupos de madres y bebés. La evaluación de este programa mostró altos niveles de satisfacción entre las participantes, así como mejoras significativas en la salud mental materna, la confianza en la crianza y la calidad del vínculo con sus hijos (Irvine et al., 2021).

Experiencias de intervención grupal perinatal a nivel regional

En Latinoamérica existen algunas experiencias, aún incipientes, que procuran articular la atención emocional, grupal y comunitaria desde el embarazo hasta el puerperio.

En Argentina, la psicóloga Alicia Oiberman es referente en el desarrollo de la psicología perinatal tanto a nivel académico como en la práctica y difusión (Oiberman, et. al., 2022). Participó en la creación de dispositivos de intervención que contemplan los aspectos psicológicos de la maternidad y en proyectos de estimulación y tratamiento perinatal en hospitales públicos. También diseñó un dispositivo psicológico perinatal para detectar riesgos psicosociales en el momento del parto y brindar acompañamiento emocional en el contexto hospitalario (Paolini & Oiberman, 2022, Oiberman, et. al., 2025). Este dispositivo apunta a extender la intervención más allá del parto hacia el posparto inmediato, favoreciendo una continuidad entre las etapas clínicas y psicológicas.

Además, también existen en Argentina diversas redes de profesionales como la Red de Psicología Perinatal (s/f), que organiza talleres, capacitaciones y grupos de apoyo durante el embarazo y el posparto desde una perspectiva de género y derechos. Otra asociación que trabaja en prevención, promoción, abordaje y atención clínica de salud mental perinatal es la Asociación Interdisciplinaria de Salud Mental Perinatal (AISMP). Entre sus propuestas están las "rondas", espacios grupales de reflexión, contención e intercambio que acompañan los procesos de embarazo, puerperio y crianza, generando redes y promoviendo la idea de maternaje comunitario (Asociación Interdisciplinaria de Salud Mental Perinatal, s.f.) En el ámbito hospitalario, también se encontraron experiencias que integran unidades de salud mental para mujeres-madres, particularmente en contextos de nacimientos en unidades de cuidados intensivos neonatales (Rossi & Parada, 2024).

Por otra parte, en Brasil, desde 1997 existe el *Programa Saúde da Família*, un modelo de atención primaria comunitaria que incorpora psicólogos y agentes comunitarios en el acompañamiento perinatal en territorio. Dicho programa propone estrategias grupales de apoyo, psicoeducación y seguimiento emocional durante el embarazo (Ministerio de Salud

de Brasil, 1997; Costa et. al. 2009). A fines del 2024, el gobierno de ese país impulsó una política pública llamada Red Alyne, que, alineada con el concepto de *continuum of care* (OMS, 2015), propone atención integral para gestantes, puérperas y bebés, priorizando equidad, humanización y reducción de la mortalidad materna (Conselho Nacional de Saúde, 2023).

También en Brasil existe desde 2020 el Centro Gestacional “Harmonia para a Vida” (s/f) un proyecto pionero a nivel global por su visión integrativa. Es una iniciativa municipal que ofrece atención desde el embarazo y a lo largo del puerperio con aportes de la psicología perinatal y prácticas complementarias. Brinda acompañamiento tanto individual como grupal, además de talleres y encuentros de reflexión y formación. Este centro representa un modelo innovador porque extiende el soporte emocional y vincular más allá del nacimiento, con un diseño que busca integrar el ciclo completo embarazo-puerperio.

Por último, en la región también destacan algunas iniciativas chilenas que sin llegar a plantear un proyecto que abarque tanto el embarazo como el posparto, promueven intervenciones grupales y colaboraciones intersectoriales que se acercan a esta idea (Rossi & Parada, 2023). Como primer antecedente de este país, Chile Crece Contigo (ChCC) (actualmente Chile Crece Más), un proyecto que dentro de la atención a mujeres embarazadas incorporó gradualmente la dimensión de salud mental perinatal. Por su parte, el Programa Crecer en Comunidad (CCM) opera mediante actividades comunitarias en espacios públicos para construir redes entre familias y promover apoyo social en la crianza. Si bien éste no está centrado exclusivamente en la etapa perinatal, su enfoque comunitario y de redes lo convierte en un antecedente valioso (Gobierno de Chile, 2025).

La situación en nuestro país

En Uruguay, desde hace varias décadas existe un fuerte compromiso con la protección de la primera infancia, lo que ha dado lugar al desarrollo de programas y políticas públicas que involucran tanto a bebés como a sus familias en la etapa perinatal. Uno de los ejemplos más emblemáticos es el Plan CAIF, una política pública con más de treinta años orientada al cuidado de la infancia y la familia. Dentro de sus líneas de acción se contempla el acompañamiento a mujeres embarazadas, con el objetivo de facilitar la captación temprana de familias, coordinar talleres de preparación para el parto y fomentar la vinculación con el sistema de salud (INAU-CAIF, s.f.). Sin embargo, este componente sigue siendo una de las

áreas menos fortalecidas del plan, con escasa disponibilidad horaria, participación parcial del equipo técnico y una limitada inclusión de profesionales especializados en psicología perinatal. Además, su alcance aún no logra garantizar la cobertura de todas las embarazadas del país, a pesar de los esfuerzos de los gobiernos de universalizar el plan.

También dentro del Plan CAIF se encuentra el Programa de Experiencias Oportunas (PEO), una propuesta grupal anual que incluye dos ciclos de 16 talleres dirigidos a 12-16 diádas con bebés de 0 a 24 meses. Su objetivo central es favorecer el vínculo y el desarrollo infantil a través de experiencias sensoriales y lúdicas. El espacio se organiza en tres momentos: una primera etapa de juego libre entre adultos y bebés, seguida de un intercambio entre adultos que habilita la resonancia de experiencias y el fortalecimiento de redes de apoyo y finalmente una instancia compartida en torno a la alimentación, que funciona como un momento formativo y de integración de la experiencia vivida.

Desde 2005, Uruguay también cuenta con el programa Uruguay Crece Contigo (UCC), una política pública de cobertura nacional impulsada por el Ministerio de Desarrollo Social, cuyo propósito es consolidar un sistema de protección integral para las familias y la primera infancia. Uno de sus componentes principales es el Programa de Acompañamiento Familiar, que se dirige a hogares con indicadores de posible afectación en salud o vulneración de derechos. Entre sus actividades se incluyen talleres que ofician como espacios de encuentro, socialización e intercambio entre familias, concebidos como herramientas para fortalecer redes de apoyo y promover la participación ciudadana (MIDES, 2023).

Por su parte, la Facultad de Psicología de la Universidad de la República ha desarrollado recientemente la propuesta “Rondas de puérperas”, una iniciativa gratuita integrada en las prácticas de egreso de la Licenciatura en Psicología. A través de ocho encuentros busca acompañar a mujeres en el puerperio y constituye un antecedente valioso de intervención colectiva en salud mental perinatal. Asimismo, comienzan a registrarse experiencias de extensión universitaria que integran progresivamente componentes psicoemocionales en grupos de ayuda mutua (Akar et al., 2024).

En los últimos años, también se ha observado un número creciente de propuestas impulsadas desde la sociedad civil, como el caso de Nacer Mejor–Uruguay, así como de iniciativas privadas facilitadas por profesionales que han implementado espacios grupales de preparación al parto, psicoprofilaxis, acompañamiento a la lactancia y apoyo mutuo.

Cabe mencionar que la mayoría de estas experiencias se desarrollan fuera del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y son aranceladas, lo que limita su accesibilidad para buena parte de la población.

A modo de cierre de este recorrido, puede afirmarse que tanto a nivel local como internacional se constata un aumento progresivo de intervenciones dirigidas a mujeres en etapa perinatal. Sin embargo, son aún muy escasas las propuestas que ponen el foco en la continuidad de la atención desde el final del embarazo hasta el primer año de vida, como estrategia integral de acompañamiento y cuidado.

En este escenario, se vuelve imprescindible avanzar hacia modelos innovadores que promuevan una atención continua y sostenida de la salud mental materna, reconociendo que el bienestar psíquico de la madre constituye una base esencial para la salud materno-infantil y de la comunidad en su conjunto. Resulta prioritario desarrollar dispositivos accesibles que integren el enfoque del *continuum of care* (OMS, 2015), con una mirada preventiva, comunitaria y centrada en el acompañamiento emocional. El proyecto aquí propuesto responde precisamente a esta necesidad: fortalecer el lazo entre las mujeres, favorecer redes de apoyo y contribuir al desarrollo de una maternidad más consciente y saludable.

Marco conceptual

1- Psicología perinatal - Salud mental materna

La psicología perinatal es una rama de la psicología dedicada al estudio y acompañamiento de los procesos emocionales, vinculares y de salud mental que ocurren desde la concepción hasta los primeros años de vida del niño. Su objetivo es promover el bienestar de mujeres, bebés y familias, prevenir dificultades y ofrecer intervenciones oportunas en una etapa de gran sensibilidad y transformación (Olza, 2015; Oberman & Santos, 2006; Sociedad Marcé Española, s.f.). En este sentido, resulta fundamental que el seguimiento profesional durante el embarazo y el puerperio integre, además de pediatras y obstetras, profesionales de la salud mental perinatal (Wall-Wieler et al., 2021).

Este proyecto adopta una perspectiva teórica sustentada en dos modelos complementarios: el enfoque salutogénico y el enfoque ecosistémico perinatal.

Desde una perspectiva salutogénica, se comprende el periodo perinatal como una oportunidad para el crecimiento y la salud. Antonovsky (en Lindström & Eriksson, 2006) sostiene que el estado de salud está más determinado por los recursos personales y la calidad del sostén psicosocial que por la ausencia de estresores. Su modelo propone un cambio de paradigma que se focaliza en los factores que generan, mantienen o restauran la salud: biológicos, materiales, vivenciales y espirituales.

El concepto central en el enfoque salutogénico es el *Sentido de Coherencia* (SC), definido como la capacidad de percibir la vida como comprensible, manejable y significativa. El SC se adquiere desde la infancia a partir de las experiencias vinculares y el sostén emocional recibido. Las personas con un SC elevado tienden a desarrollar mayor salud mental, calidad de vida, hábitos saludables y resilientes frente a eventos vitales adversos (Eriksson & Lindström, 2010).

Verena Schmid (2007) fue pionera en aplicar este modelo a la maternidad. Identificó tres componentes del SC en esta etapa: 1- la comprensión cognitiva de los acontecimientos y su integración en el sistema de valores personales, 2- la confianza en los propios recursos para enfrentar los desafíos de la maternidad y 3- la capacidad de dar sentido emocional a los hechos vitales, lo que está profundamente ligado al reconocimiento social y al acompañamiento recibido. Trasladar el modelo salutogénico a la atención perinatal permite

pasar de una intervención basada en el control y la medicalización a un enfoque centrado en la promoción de los recursos personales y psicosociales. La mujer, lejos de ser un sujeto pasivo, es reconocida como protagonista capaz de decidir sobre su salud y bienestar.

Complementariamente, el enfoque ecosistémico perinatal propuesto por Olza et al. (2021) aporta una comprensión integral de los procesos psíquicos que se despliegan durante el embarazo, el parto y el puerperio. Este modelo se sustenta en la teoría del apego (Bowlby, 1999) y el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), integrando aportes de la neurobiología, la epigenética, la teoría sistémica, perspectivas de género y ecología. Desde esta mirada, la diáda madre-bebé es concebida como una unidad dinámica inserta en el centro de una red de vínculos y contextos sociales, culturales y afectivos. Este enfoque reconoce las historias subjetivas, acompaña las vivencias y expectativas de las mujeres y contempla las representaciones tanto de ellas como de sus bebés.

Históricamente, los modelos culturales han asociado la maternidad a estereotipos de sacrificio, entrega y negación del deseo propio (Sau, 2004; Vivas, 2019 y del Olmo; 2016). Pinkola (1998) plantea que los arquetipos femeninos transmitidos generacionalmente condicionan la vivencia materna. Por su parte, Ramos (2019) propone que cada mujer construye una experiencia subjetiva de maternidad, atravesada por condicionamientos culturales, vinculares y elecciones personales.

Stern (1997) describe que esta identidad se forma por etapas: comienza en el embarazo con la creación de una imagen mental del bebé, se reorganiza con el parto y se consolida en los primeros meses del puerperio. Esta transformación incluye emociones contradictorias, idealizaciones y dudas sobre la propia competencia como madre.

En este sentido, tanto el enfoque salutogénico como el ecosistémico perinatal coinciden en la necesidad de generar contextos seguros, sensibles y respetuosos para acompañar procesos de salud durante la gestación, el nacimiento y el posparto. Reconocen el valor de los factores protectores y la necesidad de ofrecer espacios que legitimen las vivencias, fortalezcan el sentido de competencia y faciliten la adaptación a la nueva identidad materna. Este proyecto se propone ser un aporte en esa dirección, creando un espacio grupal de contención, escucha activa y empoderamiento, que favorezca el desarrollo del *Sentido de Coherencia* y potencie los recursos psicoemocionales de las mujeres y sus familias en esta etapa de la vida. Se recupera el concepto de Salud Primal (Odent, 2002), entendiendo que

las experiencias tempranas tienen un efecto determinante sobre la salud física y emocional futura. El tipo de parto, las primeras interacciones madre-bebé y la contención emocional en el puerperio modelan la respuesta al estrés, el vínculo y la capacidad adaptativa (Odent, 2019).

Desde la psicología perinatal, autores como Sánchez (2013) y Del Canto (2023) sostienen la importancia de una atención interdisciplinaria y preventiva que promueva el bienestar emocional de la mujer y su entorno fortaleciendo las redes de apoyo. La psicoeducación se plantea como una herramienta clave: brindar información clara y veraz permite a la mujer y su familia aumentar su confianza y capacidad de afrontamiento. Dialogar sobre lo esperable del puerperio, señales de alarma o estrategias de autocuidado empodera a las mujeres para tomar decisiones informadas (Seyfried & Marcus, 2003). Asimismo, la psicoeducación favorece la autoeficacia, especialmente en madres primerizas (Çinar & Öztürk, 2014 en Del Canto, 2023) y reduce los niveles de estrés (Liu et al., 2012). Se ha señalado la falta de psicoeducación como un factor de riesgo para la depresión posparto (Ferrari et al., 2021). En mujeres que ya la atraviesan, es una herramienta valiosa para desculpabilizar y acompañar el proceso de recuperación (Bass III & Bauer, 2018).

Durante el embarazo y el puerperio se producen transformaciones cerebrales y psíquicas profundas que impactan en la salud mental materna y en la construcción del vínculo con el bebé. Desde la neurociencia, diversos estudios muestran cambios estructurales en áreas cerebrales ligadas a la motivación y la cognición social que persisten años después del parto, asociados al apego materno (Carmona et al., 2019; Kim et al., 2016; Martínez-García et al., 2021a, 2021b). Estos procesos parecen mediados por la exposición hormonal propia de la gestación, que genera un entorno neuroinmunológico con posibles efectos a largo plazo (de Lange et al., 2020). A nivel funcional, se observa mayor sensibilidad a las señales del recién nacido, activación de circuitos de recompensa y empatía y una intensificación de la respuesta a estímulos amenazantes como mecanismo protector (Hoekzema et al., 2017; Paul et al., 2019; Roos et al., 2011; Pearson et al., 2009).

El término “*transparencia psíquica*” (Bydlowski, 2007) refiere a un estado psíquico caracterizado por un aumento de la sensibilidad emocional y mayor disponibilidad en la conciencia de sentimientos y vivencias infantiles durante el embarazo y al inicio del puerperio. Dicho estado genera mayor capacidad para resolver los conflictos del pasado (Cisneros Hilario et al., 2022; Oberman y Paolini, 2018) y puede favorecer la construcción

de representaciones maternas (Bibring et al., 1961; Romero, Aler y Olza, 2012). Sin embargo, también puede reactivar duelos no resueltos o angustias primitivas (Winnicott, 1958). En situaciones con antecedentes de trauma, la transparencia psíquica puede intensificar la vulnerabilidad psíquica; en estos casos el acompañamiento terapéutico y el sostén familiar y profesional son fundamentales para fortalecer los recursos personales y factores de protección (Fraiberg, et. al, 1980).

Por otra parte, el puerperio, tradicionalmente definido por la medicina como los 40 días posteriores al parto, se entiende actualmente como una etapa más prolongada y variable según el contexto y la experiencia de cada mujer. Desde el punto de vista fisiológico, es el período que sigue al parto y se extiende desde la expulsión de la placenta hasta la recuperación anatómica y funcional del organismo materno. Se trata de una etapa de transición en la que se inician los complejos procesos de lactancia y adaptación entre la madre, su bebé y el entorno. Clínicamente, se distinguen tres fases: el puerperio inmediato, que abarca las primeras 24 horas; el temprano, que comprende la primera semana; y el tardío, que se prolonga hasta la completa involución de los órganos genitales y el retorno del cuerpo a su condición pregestacional (Peralta, 2013). En los últimos años, distintas autoras buscan visibilizar una cuarta etapa, llamada puerperio emocional; un período que varía en su extensión en cada situación singular y refiere a un estado de transición que va desde la fusión inicial hasta la progresiva salida del bebé de “la esfera emocional materna” (Ramírez, 2022; Mas, 2022).

El puerperio es una experiencia vital¹ que moviliza la capacidad adaptativa de toda la familia. Para la mujer es el inicio de una nueva etapa y constituye una oportunidad de crecimiento personal que puede implicar una reestructuración psíquica. Durante este período la mujer integra el nacimiento y la maternidad. El modo en que se transite este proceso dependerá de la historia personal, la situación psicosocial, la personalidad de cada mujer y el lugar que ocupe ese bebé en la historia familiar (Oberman & Santos, 2005; Jort, 2019).

En los inicios de la maternidad, es frecuente que las mujeres atraviesen sentimientos ambivalentes (Veras Iglesias, 2023). Estos suelen estar relacionados con sensaciones de extrañamiento, pérdida de independencia, transformación de los vínculos, disminución de la

¹ Las Teorías de Ciclo Vital definen al suceso vital como todo hecho importante que pone a prueba la capacidad adaptativa del sujeto puede producir cambios en la estructura vital y tiene una repercusión que puede ser individual o colectiva. (Pérez Blasco, 2008).

autoconfianza y emociones inesperadas como el aburrimiento o la ansiedad. Cuando las mujeres logran integrar estas experiencias y aceptan la ambivalencia como parte del proceso, muchas refieren una vivencia de “resurgimiento del yo” (Chapman & Gubi, 2022). Aunque se trata de un fenómeno inherente y no patológico de la maternidad (Beattie, 2020), su negación o invisibilización puede afectar negativamente la salud mental materna (Henderson,et. al., 2016; Koletzko,et. al., 2015). Por eso, el presente proyecto propone abordar especialmente esta dimensión en los talleres grupales, propiciando espacios donde dichas emociones puedan ser reconocidas, compartidas y elaboradas

Las posibilidades de que el puerperio sea una experiencia salutogénica depende de la interacción de diversos factores internos y externos que pueden funcionar como protectores o de riesgo, influyendo en la calidad de la experiencia materna. Entre los factores protectores se destacan una experiencia de parto positiva, la percepción de un adecuado apoyo social y la disponibilidad de recursos personales de afrontamiento. En cambio, entre los factores de riesgo se encuentran el escaso sostén familiar y/o social, los antecedentes de trastornos mentales (particularmente depresión), vivir en contextos socioeconómicos vulnerables y haber sufrido violencia obstétrica. Este último aspecto ha sido identificado como especialmente relevante, dado su vínculo con el desarrollo posterior de depresión posparto (DPP) y trastorno por estrés postraumático (TEPT) (Silva-Fernández et al., 2023; Fernández y Olza, 2018).

Diversas investigaciones subrayan la importancia de evaluar y cuidar la salud mental desde el embarazo, ya que los síntomas depresivos durante la gestación son un antecedente frecuente de la depresión posparto y se asocian a un incremento en los niveles de ansiedad y estrés (Rallis,et. al, 2014). La depresión no solo afecta el bienestar emocional de la mujer, sino que también puede tener consecuencias negativas en el desarrollo infantil. En este sentido, el embarazo es una etapa propicia para intervenir, promoviendo el fortalecimiento de recursos internos, la disminución de ansiedad y la consolidación de redes de sostén (Coyne, 2003, citado en Ramírez, 2022).

En esta línea, Laura Gutman (2009) describe el puerperio como una etapa de profunda transformación psíquica y oportunidad de crecimiento personal, que dependen en gran medida del acompañamiento y contención disponibles. La vivencia de soledad, el cansancio y la sobrecarga cotidiana impactan negativamente en la salud mental materna y en su disponibilidad afectiva hacia el bebé, aumentando el riesgo de desarrollar depresión

posparto, ansiedad y sentimientos de desconexión. Vargas y García (2009) sostienen que la prevención de estos malestares requiere apoyo integral, logístico, funcional y emocional, orientado a aliviar la sobrecarga que con frecuencia atraviesan las mujeres.

Investigaciones recientes refuerzan la necesidad de garantizar el acceso a información clara, apoyo emocional y prácticas culturalmente sensibles, con enfoque de derechos, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad social (Silva-Fernández, et. al, 2025). Cuando este apoyo no está disponible, aumenta el riesgo de depresión, ansiedad, dificultades en el vínculo temprano madre-bebé y malestar familiar sostenido. En contraste, los espacios grupales favorecen el reconocimiento mutuo, la resonancia emocional entre pares y un sentido de pertenencia que disminuye la sensación de soledad característica del puerperio (Rallis et al., 2014; Coo, et. al, 2021).

2- Grupos de ayuda mutua

“Nuestra sociedad no satisface adecuadamente las necesidades sociales de las embarazadas y de las madres: las embarazadas y madres lactantes normalmente se sienten solas, cuando lo que necesitan es un gran apoyo social; en cambio, la mujer que da a luz tiene 3 o 4 personas a su alrededor, cuando lo que necesita es intimidad...” (Odent, 2011, p.38-39).

El apoyo social percibido constituye uno de los principales factores protectores de la salud mental perinatal. El sostén emocional, reduce el riesgo de depresión, ansiedad y dificultades vinculares (Bass III & Bauer, 2018; Can, 2013; Kim et. al, 2014). En este sentido, los grupos de acompañamiento y de apoyo mutuo son espacios fundamentales para recuperar el valor de lo colectivo, favorecer el intercambio de experiencias y promover el empoderamiento de las mujeres (Campos, 2020).

La participación en grupos de ayuda mutua tiene beneficios significativos. Además de fortalecer los recursos de afrontamiento y la consolidación de redes de apoyo, compartir con personas que transitán experiencias similares favorece una vivencia más saludable, consciente y contenida de la maternidad (Lorenz, 2005, Schmid, 2007). La posibilidad de expresarse sin juicio, ser escuchadas y recibir validación colectiva promueve la cohesión grupal, alivia el malestar emocional y fortalece el sentido de pertenencia (Payás, s.f.).

Desde una perspectiva funcional, estos grupos cumplen también una función educativa, al facilitar el intercambio de saberes prácticos sobre el cuidado, el autocuidado y la crianza. A través del diálogo y la cooperación, se fortalece la autoconfianza, la autoestima y la

percepción de competencia materna. Incluso se ha señalado que estas instancias repercuten positivamente en la sensibilidad materna, la capacidad vincular y la calidad de las relaciones familiares (Roncallo, et. al, 2015).

Las redes de apoyo pueden definirse como estructuras en las que las personas intercambian ideas, información y recursos, generando beneficios mutuos (Jort, 2019). En los grupos de ayuda mutua, este entramado se fortalece, facilitando la creación de nuevos vínculos sociales, el acceso a información confiable y actualizada, el reconocimiento del trabajo de las mujeres y la organización colectiva. En definitiva, estos grupos constituyen una estrategia eficaz para el cuidado psicoemocional durante el embarazo y el puerperio. Aportan contención, educación y construcción de redes comunitarias, favoreciendo una transición más saludable, autónoma y acompañada hacia la maternidad (Bass III & Bauer, 2018; Can, 2013; Jort, 2019; Payás, s.f.).

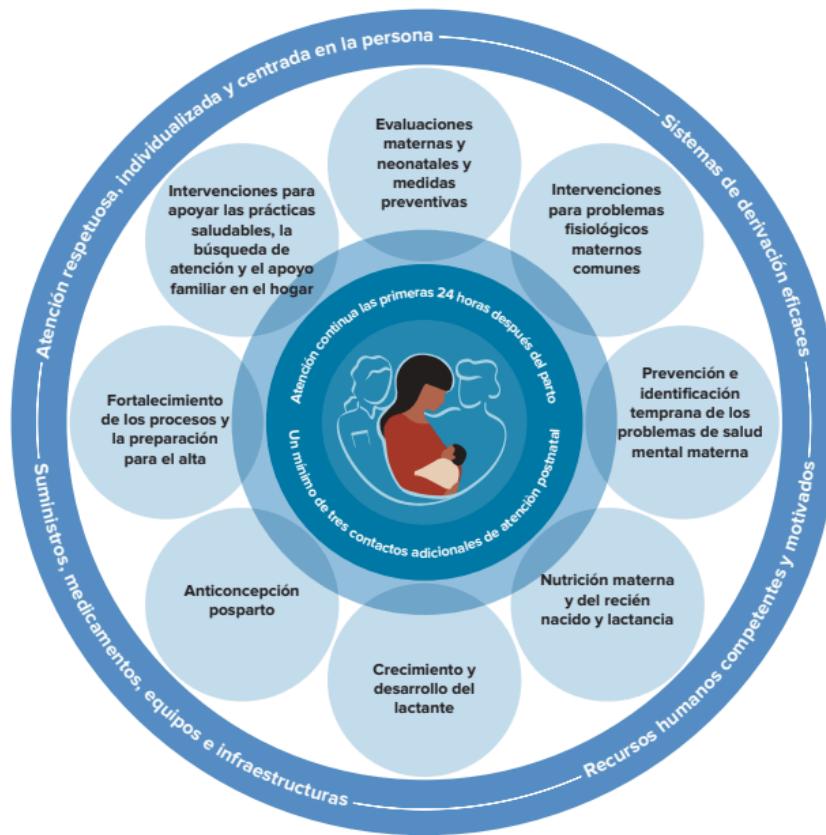
3- Continuidad del cuidado en la atención perinatal

La OMS propone el modelo de continuidad del cuidado (*continuum of care*) como una estrategia integral para la atención perinatal. Este enfoque promueve una atención centrada en la mujer y su entorno, a lo largo de las distintas etapas del embarazo, parto y posparto, desde una perspectiva de derechos y con enfoque de género (OMS, 2015).

Implica un cambio de paradigma: se pasa de una lógica reactiva, centrada en la emergencia obstétrica, a una lógica proactiva y de bienestar, que desde una mirada interdisciplinaria y comunitaria, busca fortalecer las capacidades de las mujeres, brindar atención respetuosa y fomentar su participación activa en los procesos de cuidado. El bienestar psicológico de la mujer es considerado un componente clave de la calidad asistencial, dado su impacto en la salud, en el vínculo madre-bebé y el desarrollo infantil (OMS, 2022a). Desde hace unos años, la OMS viene desarrollando y ampliando una serie de documentos con directrices específicas que promueven una experiencia positiva durante el período perinatal. Inicialmente publicó las recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia de embarazo positiva (OMS, 2016). Seguidamente, las recomendaciones para el cuidado durante el parto para una experiencia de parto positiva (OMS, 2018). En tercer lugar, presentó las recomendaciones sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva (OMS, 2022b).

En este último documento, se enfatiza que la necesidad de cuidados de calidad no termina con el nacimiento, sino que el posparto representa un período fundamental para la salud física y mental de la mujer. El modelo propuesto por la OMS incluye una representación esquemática de los cuidados posnatales (ver Figura 1), donde se subraya la importancia de integrar la salud mental perinatal como dimensión prioritaria del cuidado.

Figura 1: Representación esquemática del modelo de la OMS de cuidados postnatales



Fuente: Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva (OMS, 2022b, p.196).

Entre las directrices propuestas por la OMS (2022b) en su documento sobre cuidados posnatales, destacan tres que se vinculan con la salud mental perinatal. La recomendación 18 propone el tamizaje sistemático de depresión y ansiedad posparto mediante instrumentos validados y acompañamiento profesional. Esta fue recogida y puesta en práctica por las metas asistenciales² vigentes en nuestro país (MSP, 2024b).

² Herramientas del MSP que incluyen instrumentos de orientación y evaluación e implica incentivo económico para los prestadores de salud por su cumplimiento (MSP, 2024)

Tal vez la más destacable para este proyecto sea la recomendación 19 que promueve la implementación de intervenciones psicosociales o psicológicas tanto en el período prenatal como en el posnatal con el objetivo de prevenir la depresión y la ansiedad posparto. Estas intervenciones incluyen estrategias como la psicoeducación, el fortalecimiento de redes de apoyo y el desarrollo de habilidades de afrontamiento. En los casos donde existan síntomas clínicamente significativos o factores de riesgo, se sugiere ofrecer abordajes terapéuticos específicos adaptados a las preferencias de la mujer.

Asimismo, la recomendación 41 enfatiza la necesidad de integrar las intervenciones de apoyo psicosocial para la promoción de la salud materna dentro de los servicios de atención y desarrollo en la primera infancia, reconociendo el papel fundamental que el entorno postnatal y de los equipos de salud tienen en la detección temprana, la contención emocional y el acompañamiento adecuado. En las propuestas, esta directriz propone integrar activamente a la pareja de la mujer, para fortalecer vínculos, promover mayor participación en la crianza, prevenir especialmente ante la presencia de factores de riesgo como violencia doméstica o baja participación en el cuidado del bebé.

Estas directrices coinciden y reafirman lo propuesto por la OMS en las Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil (OMS, 2022a), quedando expuesta la necesidad de fortalecer los sistemas de apoyo a las mujeres y alertando sobre la frecuente desatención del bienestar psicológico tras el parto.

En los últimos años se produjo un avance significativo en la visibilización de la salud mental materna y sus efectos en la vida de la mujer, el vínculo temprano y el desarrollo infantil. Sin embargo, tanto en el discurso social, como en la mayoría de la bibliografía consultada, predomina una mirada centrada en la identificación del sufrimiento psíquico y su clasificación diagnóstica, por sobre el abordaje de los factores que promueven y sostienen la salud mental en la etapa perinatal (Bass & Bauer, 2018; Carlson, et. al, 2025; Martiarena, 2022, p. 42; Olza et al., 2021; Rallis, et. al, 2014; Shah et al., 2024)

En esta línea, recientemente se definió que la depresión perinatal es un trastorno del estado de ánimo que puede manifestarse durante el embarazo o en el año posterior al parto. Según el *DSM-5-TR* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022) el término abarca tanto la depresión prenatal como la posparto, compartiendo una base clínica común (Carlson, et. al, 2025). Su diagnóstico y abordaje temprano resultan fundamentales, por su impacto directo

en la salud de la mujer, la calidad del vínculo temprano y el desarrollo neurológico, cognitivo y socioemocional del bebé (Bass & Bauer, 2018).

Los trastornos mentales perinatales comunes, principalmente depresión y ansiedad, son reconocidos como las complicaciones más frecuentes del embarazo y el posparto, afectando aproximadamente al 20% de las mujeres en todo el mundo (Horakova et al., 2024). Según la OMS (2022b), la prevalencia de estos cuadros se sitúa en torno al 13% en países de ingresos altos y al 19,8% en países de ingresos bajos y medios. Sin embargo, menos del 20% de las mujeres afectadas acceden a atención profesional, debido a múltiples barreras, entre ellas la estigmatización, la naturalización del malestar y la falta de dispositivos adecuados de detección y acompañamiento.

Frente a esta situación, la OMS recomienda integrar de forma sistemática el tamizaje de salud mental en la atención perinatal de rutina, mediante herramientas validadas como la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS, Cox, et. al. , 1987) o el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9, Kroenke et al., 2001), y acompañarlo con intervenciones adaptadas al contexto (OMS, 2022b). En consonancia con esta recomendación, Uruguay ha tenido avances significativos, particularmente a partir de 2024, al incluir dentro de la Meta Asistencial 2024–2025 el componente temático “Salud de la mujer embarazada y puérpera”, que incorpora: 2.1) Preparación para el nacimiento; 2.2) Consejería en el primer puerperio; y 2.3) Derivación de puérperas primerizas con indicios de depresión posparto al Comité de Recepción de Salud Mental (MSP, 2024b).

No obstante, persisten importantes limitaciones. Los programas actuales se orientan mayormente a mujeres en su primer embarazo, sin considerar otros casos en los que también podrían presentarse síntomas de angustia, ansiedad o depresión. No se realiza una diferenciación o recomendación específica para mujeres multíparas con antecedentes de malestar psíquico, ni para embarazos múltiples o situaciones de vulnerabilidad social. Esta situación deja fuera a una amplia población que podría beneficiarse de espacios de apoyo psicoemocional (MSP, 2018; 2024b).

Por otra parte, en las guías oficiales del MSP (s/f), la participación de profesionales de la salud mental en talleres de preparación para el parto no es obligatoria, sino que queda sujeta a la disponibilidad institucional y a la decisión de quien los coordine. Asimismo, el dispositivo de consejería posparto actual no contempla la intervención de psicólogos/as

perinatales y la derivación a salud mental se limita a puérperas primerizas con indicios de depresión posparto, detectados mediante la EPDS. Esto configura un enfoque reactivo y restringido, en el que muchas mujeres pueden quedar sin atención a pesar de atravesar situaciones emocionales significativas pero que no entran en categorías diagnósticas formales. La presencia del psicólogo perinatal en los espacios domiciliarios de consejería implicaría una oportunidad para construir estrategias preventivas, identificar precozmente necesidades emocionales y promover el bienestar psíquico de manera personalizada.

En este contexto, se reconoce que pese a los avances legislativos y programáticos, la dimensión psicoemocional del embarazo y del puerperio aún no se encuentra plenamente integrada en los protocolos nacionales. De allí surge la necesidad de implementar dispositivos complementarios que propicien un abordaje integral, inclusivo y sostenido, capaces de fortalecer la salud mental materna y las redes de sostén familiar.

Problema de intervención

Muchas mujeres en el posparto manifiestan la necesidad de contar con espacios donde compartir sus experiencias, dudas y ansiedades, especialmente frente a los duelos y cambios vitales de esta etapa (Justino et al., 2021). En este sentido, las intervenciones psicológicas perinatales breves que trabajan sobre las representaciones maternas desde el embarazo hasta el posparto pueden favorecer la salud mental y prevenir el padecimiento psíquico en mujeres en riesgo (Legarra, et. al., 2024). Estas intervenciones permiten acompañar los procesos de transformación subjetiva propios de la maternidad y fortalecer recursos internos en una etapa de especial vulnerabilidad. Las mujeres valoran especialmente aquellas intervenciones postnatales que les permiten adaptarse a su nueva identidad materna, fortalecer su confianza y competencia, gestionar los desafíos físicos y emocionales del puerperio y experimentar una vivencia positiva de crecimiento personal en su propio contexto cultural (Finlayson et al., 2020). Sin embargo, la demanda de acompañamiento emocional no siempre encuentra una respuesta adecuada. Según UNICEF (2020), la calidad y cobertura de la atención postnatal para mujeres y recién nacidos tiende a ser insuficiente, a pesar de su reconocida importancia.

En este escenario y sin desconocer la alta prevalencia de cuadros como la depresión o la ansiedad, se hace evidente la necesidad de desarrollar propuestas de acompañamiento continuo desde el embarazo hasta el puerperio, que superen la lógica exclusivamente diagnóstica y reactiva y que promuevan activamente la salud mental desde un enfoque preventivo, integrador y centrado en el bienestar. La atención psicoemocional no puede reducirse a la detección de patología o a la intervención ante indicadores de riesgo, sino que debe incluir acciones sostenidas de acompañamiento, escucha y validación emocional a lo largo del proceso perinatal. Esto implica reconocer los factores protectores presentes en las mujeres y sus redes, fortalecer su sentido de competencia y ofrecer espacios de sostén grupal donde se legitimen sus vivencias. Desde esta perspectiva, es pertinente incorporar dispositivos complementarios a los existentes, que integren el acompañamiento psicoemocional de manera más amplia, inclusiva y sostenida como parte constitutiva de la atención perinatal, contribuyendo a generar experiencias más saludables y autónomas para madres, bebés y familias.

En este sentido, se propone la implementación de un **dispositivo grupal de acompañamiento psicoemocional** dirigido a mujeres en la última etapa del embarazo y hasta el primer año de vida del bebé.

El objetivo central es **favorecer la creación y el fortalecimiento de redes de apoyo durante el embarazo y el puerperio**, entendiendo el apoyo social percibido como un **factor protector clave de la salud mental materna**. Se propone iniciar el grupo hacia el final de la gestación, etapa que suele coincidir con el cierre de los cursos de preparación al parto y otras actividades prenatales, lo que puede dejar a las mujeres con menos espacios de intercambio y contención.

Los espacios grupales de ayuda mutua, la escucha interdisciplinaria y la continuidad del vínculo desde el embarazo hasta el primer año de vida del bebé representan estrategias que promueven la autonomía y la construcción de redes de sostén. Asimismo, se alinea con los derechos sexuales y reproductivos, reconocidos en el Uruguay (2008), conformando una propuesta de relevancia para la salud pública, al promover el cuidado integral, la prevención del malestar psíquico y el fortalecimiento de las redes de sostén social y emocional.

Objetivo general

Promover y fortalecer la salud mental de mujeres embarazadas y puérperas, mediante dispositivos psicológicos grupales.

Objetivos específicos

Durante el embarazo

- Integrar prácticas de atención plena orientadas a la regulación emocional y al fortalecimiento de la salud mental materna.
- Favorecer la construcción de redes de sostén mutuo entre las integrantes.
- Valorar el estado de salud materna y fortalecer los recursos internos y externos disponibles para la transición y adaptación a la llegada del bebé.
- Identificar, cuando corresponda, indicadores de riesgo psicoemocional y facilitar la articulación con dispositivos terapéuticos especializados.

Durante el puerperio

Grupo de 0 a 5 meses

- Habilitar un espacio de intercambio, escucha y contención entre mujeres que atraviesan la experiencias del puerperio.
- Favorecer la elaboración de la identidad materna abordando experiencias, vínculos y desafíos emergentes durante esta etapa del puerperio.
- Identificar, cuando corresponda, indicadores de riesgo psicoemocional y facilitar la articulación con dispositivos terapéuticos especializados.

Grupo de 6 a 12 meses

- Promover vínculos saludables entre el bebé y sus referentes, considerando su impacto en el desarrollo infantil y la salud de todos los integrantes de la familia.
- Identificar, cuando corresponda, indicadores de alerta psicoemocional o psicomotriz y facilitar la articulación con dispositivos terapéuticos especializados.

Diseño de la intervención

Población destinataria y lugar donde se llevará a cabo

Este proyecto de intervención propone un acompañamiento psicoemocional grupal en etapa perinatal. Basado en el modelo de continuidad de los cuidados (*Continuum of Care*) propuesto por la OMS (2015), se plantea un proceso de fortalecimiento de la atención integral, que comienza durante el último trimestre del embarazo y se extiende hasta los primeros cinco meses del nacimiento. Posteriormente se incluye una etapa final de intervención donde se amplía el alcance integrando a la pareja, en el caso que lo haya, u otros familiares participantes de la crianza del/ la bebé.

El proyecto se desarrollará dentro de las propuestas que ofrece Nacer Mejor Uruguay, una organización conformada principalmente por parteras que, desde hace 27 años, acompaña a familias en los procesos de embarazo, nacimiento, puerperio y lactancia. Además de brindar apoyo en la formación para la asistencia al nacimiento, aboga por el respeto y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, instando a que tanto las familias como las instituciones de salud y la sociedad en general garanticen el derecho de las mujeres y sus bebés a vivir el mejor nacimiento posible (Nacer Mejor Uruguay, s.f.).

Desde su creación, Nacer Mejor ha sido pionera en el acompañamiento a familias gestantes mediante distintas propuestas dentro de las que se incluyen: talleres grupales de preparación al parto y nacimiento, clases de movimiento para embarazadas y acompañamiento en el momento del parto (tanto institucional como domiciliario). Vinculado a la etapa posnatal, además de una visita domiciliaria tras el nacimiento de aquellas familias que eligen parto domiciliario, funciona mensualmente un grupo abierto a la comunidad de apoyo a la lactancia. Es en este espacio donde se ha identificado la necesidad de abordar temas vinculados a los cambios emocionales y duelos que acompañan la experiencia de la ma-paternidad (Sosa, comunicación personal, 31 de julio de 2025).

Sylvia Sosa, una de las fundadoras de la organización, menciona que los grupos de preparación al parto suelen estar conformados por 6 a 10 familias con fechas probables de parto similares, y se planifican para finalizar cercanos a esas fechas (comunicación personal, 31 de julio de 2025). Dentro de esta preparación se dedica una jornada específica a conversar sobre el puerperio. El presente proyecto se difundirá en ese espacio, invitando

a las participantes a continuar en un grupo que comenzará antes del cierre del taller de preparación y se extenderá durante el primer año de vida del bebé.

Esta propuesta se plantea como complementaria a los programas y metas asistenciales existentes impulsados por el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2024b) para el fortalecimiento de la salud mental materno-infantil. En caso de ser evaluada positivamente, su diseño y fundamentación permiten pensarla como un modelo replicable dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), constituyendo una posible estrategia para fortalecer la atención psicoemocional perinatal de manera integral en todo el país. Esta delimitación responde a criterios de factibilidad y alcance del presente trabajo, sin desconocer el potencial de proyección hacia futuras políticas públicas nacionales.

Modalidad de trabajo - metodología

La propuesta se desarrollará en un dispositivo grupal de ayuda mutua, basado en los enfoques salutogénico (Schmid, 2007) y ecosistémico perinatal antes mencionados (Olza et al., 2021), coordinado por una profesional de la Psicología. Se propone un dispositivo grupal presencial que promueve la elaboración colectiva de vivencias, fantasías, deseos y temores en torno a la vida con un hijo (Bauleo, 1977). Tal como plantea Carmona (2024), compartir con otras mujeres que transitan etapas similares permite sentirse comprendidas, reconocidas y menos solas. La psicóloga acompañará los procesos alternando instancias de escucha con momentos de psicoeducación, promoviendo la autorreflexión y el empoderamiento emocional.

Si bien estos espacios no son grupos terapéuticos en el sentido estricto, pueden tener efectos terapéuticos y de aprendizaje, facilitando la elaboración de ansiedades, fantasías y los duelos asociados a las pérdidas reales o simbólicas que la maternidad conlleva (Gómez, 1991).

El acompañamiento propuesto se organiza en **tres etapas interrelacionadas**, con un fuerte énfasis en la **continuidad del vínculo desde el embarazo hasta el primer año del bebé**, sostenido por la presencia grupal y la construcción de redes afectivas y de sostén.

Etapas de la intervención

Primera etapa: embarazo

Hacia el final del embarazo suelen emerger temores y ansiedades vinculados al parto, la salud materna y del bebé, así como a la reorganización familiar ante la llegada del nuevo integrante (Soifer, 1987). Contar con un espacio donde compartir y resonar con otras mujeres que atraviesan un momento similar puede facilitar la elaboración emocional de esta “espera inquieta”, en la que el nacimiento puede producirse en cualquier momento dentro de un margen de varias semanas.

Esta etapa se inicia con la coordinación junto al equipo de Nacer Mejor Uruguay y la posterior convocatoria dentro de los talleres de preparación al parto que la institución ya ofrece. La invitación se realizará especialmente durante el taller que aborda el tema del puerperio, proponiendo un espacio desde el embarazo que podrá continuar hasta los 12 meses de vida del bebé. Cada grupo se conforma por un número de entre 6 y 10 familias participantes en etapa similar de gestación. La intención es fortalecer la grupalidad desde el embarazo, sentando las bases vínculares y afectivas para sostener el acompañamiento durante el posparto.

Manteniendo los grupos de preparación al parto, se realizarán **encuentros semanales** grupales **con parejas**, que integren momentos de psicoeducación sobre el puerperio, intercambio de experiencias y prácticas de *Mindfulness* orientadas a trabajar el miedo, la ansiedad y la conexión corporal.

Se valorará desde el inicio la red de apoyo, los factores protectores y los recursos internos de cada mujer para facilitar la transición al puerperio. Se compartirán estrategias y herramientas para esa etapa que se aproxima haciendo especial énfasis en la promoción de salud y prevención, más allá del diagnóstico o la intervención ante indicadores de riesgo.

Segunda etapa: puerperio con bebés de 0 - 5 meses

Se plantea el abordaje hasta el primer año de vida del bebé, sin embargo, teniendo en cuenta que las necesidades y preocupaciones de las mujeres a lo largo de ese período van cambiando, se plantean dos grupos, el primero abarca a mujeres con bebés de 1 a 5 meses y el segundo a familias con bebés de 6 a 12 meses. En ambas opciones se podrá participar

con bebés en caso que se desee o necesite. La propuesta se sostiene en la lógica de continuidad, adaptando el encuadre a las transformaciones que la maternidad implica con el paso del tiempo.

A partir del mes de vida del bebé se propone un **espacio grupal semanal** integrado por las mismas **mujeres** que participaron en la etapa prenatal. En esta etapa se priorizarán temas vinculados a las representaciones y a la construcción de la identidad materna, un proceso progresivo que involucra factores biológicos, relaciones, culturales y simbólicos.

Reconocer y acompañar este proceso desde una mirada libre de estereotipos resulta esencial para promover maternidades más conscientes y autónomas. En este sentido, se propone como un espacio de encuentro y reflexión donde cada mujer pueda construir su experiencia desde un lugar elegido, cuidado y sostenido. En esta línea se habilitará el intercambio sobre la experiencia de parto/nacimiento, la vida con un bebé recién nacido, la lactancia materna, los vínculos con la pareja y familia extendida, el sueño, el cansancio y otros desafíos de la etapa. Se trabajará desde una mirada que reconozca la ambivalencia emocional, el deseo y las contradicciones de la maternidad real.

De acuerdo a los intereses del grupo se podrán incorporar recursos grafoplásticos (escritura, modelado, dibujo), corporales y musicales como herramientas de expresión y distensión. Además de la psicóloga perinatal, quién coordinará el grupo, participará una partera y, si fuera necesario, una asesora en lactancia.

Tercera etapa: talleres para familias con bebés de 6 a 12 meses

A partir del sexto mes, el grupo adoptará un **formato abierto y quincenal**, donde se contempla la posibilidad de que participen, además de las mujeres, los referentes paternos u otros referentes de cuidados teniendo en cuenta que se trabajarán temas relacionados a las dinámicas familiares, vinculares y de pareja, así como los acuerdos en la crianza y la corresponsabilidad en los cuidados. Se incluirá, además de la psicóloga coordinadora, a una **psicomotricista**, para enriquecer el abordaje desde una perspectiva del desarrollo.

Teniendo en cuenta la finalización de la exogestación³, esta etapa profundiza en temas vinculados a la **crianza y el desarrollo del bebé**: inicio de alimentación complementaria, reinserción laboral, logística de cuidados, hitos motores y sensoriales, la importancia de las posturas intermedias y el movimiento libre, entre otros.

Un acompañamiento respetuoso y sostenido en esta etapa fortalece las capacidades vinculares y de adaptación, tanto del bebé como de sus referentes.

³ Exogestación: A partir de algunos cambios evolutivos, el bebé humano nace muy inmaduro y requiere de un período de aproximadamente 9 meses de desarrollo extrauterino, llamado exogestación, para alcanzar la madurez. Durante esta etapa, el recién nacido necesita y demanda de cuidados, afecto y contacto físico para satisfacer sus necesidades.

Cronograma y desarrollo de actividades

Actividades/meses	Embarazo				R.N.	Puerperio emocional												
	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12	Mes 13	Mes 14	Mes 15	Mes 16	Mes 17	Mes 18
Presentación del proyecto a equipos técnicos de instituciones participantes																		
Reuniones de coordinación con referentes institucionales y comunitarios																		
Participación en los grupos de preparación al parto convocando a la propuesta.																		
Inicio y desarrollo de los encuentros prenatales																		
Evaluación intermedia																		
Convocatoria a grupo puerperio																		
Inicio y desarrollo de los encuentros en puerperio de 1 a 5 meses																		
Inicio y desarrollo de los encuentros en puerperio de 6 a 12 meses																		
Evaluación de las participantes y cierre de etapa																		
Evaluación del proyecto: posibilidades de mejora y reedición.																		
Sistematización de la propuesta y devolución a las instituciones participantes																		

Estrategia de evaluación

En coherencia con el enfoque integral del proyecto, se propone una evaluación mixta, que combine herramientas cuantitativas y cualitativas que permitan valorar tanto el proceso de implementación como los resultados en el bienestar psicoafectivo de las participantes. Esta combinación permitirá conocer tanto datos objetivos como las vivencias subjetivas construidas durante la experiencia grupal.

El análisis cuantitativo estará centrado en los resultados obtenidos a partir de los formularios aplicados antes, durante y después de los encuentros. Se realizará un análisis comparativo *pre–post* de los indicadores de bienestar psicoafectivo, ansiedad y depresión, junto con la valoración del grado de satisfacción con la propuesta. Los datos serán organizados en matrices y representados mediante tablas y gráficos descriptivos que faciliten la observación de tendencias y variaciones a lo largo del proceso.

El análisis cualitativo, por su parte, se apoyará en los registros de campo, las respuestas abiertas de los formularios y las producciones simbólicas del cierre grupal, buscando recuperar la voz de las participantes, su experiencia de transformación y los sentidos construidos colectivamente en torno a la maternidad, el acompañamiento y el cuidado. Este componente permitirá profundizar en la comprensión de los cambios subjetivos y relationales promovidos por la intervención, complementando la lectura de los resultados cuantitativos.

Se implementará una doble evaluación que contemple, por un lado, el proceso de implementación, y por otro, la valoración del impacto del proyecto en el bienestar psicoafectivo de las participantes.

Evaluación del proceso

Su propósito será valorar la puesta en práctica de la intervención, su alcance y la participación efectiva de las mujeres.

Se considerarán como criterios:

- Alcance y participación: número de participantes, asistencia sostenida y nivel de involucramiento. La continuidad de la participación será también entendida como un

indicador indirecto de apropiación subjetiva del espacio.

- Aceptabilidad y satisfacción: adecuación percibida respecto a la modalidad, frecuencia, duración, temas abordados y calidad de la facilitación.

Se utilizarán como herramientas el cuaderno de campo, donde se registran los emergentes grupales, la participación y las adaptaciones realizadas. También se aplicarán formularios en línea de evaluación por parte de las participantes (evaluación intermedia y final) para relevar la experiencia subjetiva respecto a la propuesta. Con una postura flexible y adaptativa, se podrán realizar ajustes durante el proceso que respondan a las necesidades emergentes del grupo.

Evaluación de resultados sobre el bienestar psicoafectivo

El objetivo será valorar la incidencia del proyecto sobre el bienestar emocional y la salud mental perinatal. En coherencia con los objetivos del proyecto, se incluirán dos escalas psicométricas breves y validadas, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Cox, et. al., 1987) y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Montón et al., 1993), que permitirán, junto a la observación clínica, monitorear el bienestar emocional de las participantes. Se aplicarán al inicio de la primera etapa y a los 6 meses del bebé. La elección de estas herramientas se fundamenta en su uso extendido en contextos de salud perinatal y en su capacidad para detectar indicadores tempranos de malestar psicoafectivo, siempre enmarcadas en una lectura integral de los procesos subjetivos y del contexto de cada mujer. En todos los casos, las escalas se aplicarán con carácter no diagnóstico, procurando una interpretación cuidadosa y contextualizada. En caso de detectarse indicadores relevantes, se brindará una devolución oportuna en cada caso, articulando con los recursos institucionales o comunitarios. Las derivaciones serán consensuadas previamente con la mujer, se buscará acompañar el proceso respetando sus tiempos y deseos.

Momentos de evaluación

- **Antes del inicio de los encuentros prenatales:** se administrará un formulario inicial para relevar las expectativas, estado psicoafectivo y factores de riesgo y protección.

- **Durante el proceso (final del grupo prenatal):** se realizará una evaluación intermedia para valorar el recorrido, la experiencia grupal y las expectativas hacia el grupo de puerperio. Se aplicarán nuevamente EPDS y GADS.
- **Al cierre del grupo de puerperio:** evaluación final para valorar la satisfacción general (encuadre, frecuencia, modalidad, calidad de los encuentros, calidez y pertinencia de los temas) y re-aplicación de escalas para comparar indicadores pre-post.

Además, se realizará un **cierre grupal simbólico**, a través de una actividad creativa en donde cada participante integre **qué se lleva del proceso**. Se buscará recuperar vivencias, sentidos y transformaciones subjetivas.

Resultados esperados

A partir de la evaluación propuesta, se anticipan los siguientes resultados esperados, orientados a valorar tanto el impacto del dispositivo en el bienestar psicoafectivo de las participantes como su viabilidad y proyección institucional.

Resultados cuantitativos

- Se espera una participación inicial del 75% de las personas convocadas y que al menos el 50% de ellas continúen a lo largo de todo el proceso.
- Se considerará satisfactoria una mejora en el bienestar psicoafectivo en al menos el 75% de las participantes, reflejada en una disminución de indicadores de ansiedad o depresión.
- Al cierre del proceso, se espera que el 75% de las participantes reconozca en sí misma mayores recursos personales y estrategias psicoemocionales que al inicio.

En caso de que los indicadores esperados no se cumplan en su totalidad, se analizarán los posibles factores contextuales, logísticos o emocionales que hayan incidido, a fin de ajustar futuras implementaciones del dispositivo.

Resultados cualitativos

- Hacer derivaciones oportunas cuando se reconozca la necesidad de otro tipo de abordajes individualizados, por ejemplo: en situaciones con indicios de psicosis puerperal, situaciones de violencia, gran vulnerabilidad psicosocial, etc.

En conjunto, se espera ampliar esta propuesta y que este proyecto pueda ser insumo para la creación de nuevos programas y políticas de salud que continúen ampliando el acompañamiento y atención integral de las mujeres embarazadas y puérperas desde el modelo del *Continuum of care* (OMS, 2015), favoreciendo la consolidación de espacios que fortalezcan los recursos internos, vinculares y sociales de las familias.

De alcanzarse estos resultados, el proyecto contribuirá a reforzar el valor del acompañamiento grupal como estrategia preventiva y promotora de salud mental perinatal, aportando evidencias cualitativas y cuantitativas que sustenten su continuidad y su eventual integración en las políticas públicas en el primer nivel de atención.

Consideraciones éticas

El proyecto se enmarca en los lineamientos del *Código de ética profesional del psicólogo/a* (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay et al., 2001). Tal como se establece en su artículo 1, la/el psicóloga/o en el ejercicio de su profesión, y en calidad de facilitador/a de los grupos e instancias individuales previstas en este proyecto de intervención, “se guiará por los principios de responsabilidad, confidencialidad, competencia, veracidad, fidelidad y humanismo, prescindiendo de cualquier tipo de discriminación”. De acuerdo con los artículos 10 y 18 la/el psicóloga/o perinatal deberá asegurar la confidencialidad y mantener el secreto profesional respecto a la información obtenida, incluso una vez finalizado el ciclo. Durante el trabajo con las participantes, la/el profesional deberá realizar registros escritos y/o electrónicos cuidando las condiciones de seguridad para impedir que personas ajenas tengan acceso a ellos (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay et al., 2001, art. 17).

En cuanto al uso de instrumentos y técnicas, el código establece que “sólo proporcionarán servicios y utilizarán técnicas para las que están calificados por formación y experiencia” por lo que resulta indispensable que la/el psicóloga/o cuente con formación específica en psicología perinatal y buena disposición al trabajo interdisciplinario (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay et al., 2001, art. 26 7 art 49).

Basado en los *Principios éticos de los psicólogos del Mercosur y países asociados* (1997) este proyecto asume un enfoque de derechos. A través de la intervención se buscará crear condiciones que contribuyan a la salud y desarrollo de la persona y la comunidad, así como promover el desarrollo de leyes y políticas que apunten a garantizar la universalización de la atención continua en espacios protectores y promotores de salud en la etapa perinatal.

En concordancia con estos principios, todas las participantes serán informadas previamente acerca de los objetivos, la modalidad y el alcance del dispositivo, firmando un consentimiento informado que garantice la voluntariedad de su participación y el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Este consentimiento también explicitará las condiciones de confidencialidad y el uso de los datos, preservando en todo momento su identidad. Asimismo, se establecerá un protocolo de derivación para los casos en que se identifiquen indicadores de riesgo psicoemocional significativo, articulando con los recursos institucionales o comunitarios pertinentes. Dichas derivaciones se realizarán en acuerdo con la participante, asegurando un acompañamiento respetuoso de sus tiempos y decisiones.

Referencias bibliográficas

- Akar, A., Quay, L., Da Costa, C., Caraballo, V., Ramos, M. & Giombini, V. (2024). Experiencia docente de Partería y Obstetricia en Comunidad. Revista IT Salud Comunitaria y Sociedad. 11 (11).
<https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/revista-it/issue/view/176>
- Asociación Interdisciplinaria de Salud Mental Perinatal (s/f). Rondas perinatales.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2022). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.^a ed., texto revisado).
- Bass, P. F. III, & Bauer, N. (2018). Parental postpartum depression: More than "baby blues". Contemporary Pediatrics Journal, 35(9).
<https://www.contemporarypediatrics.com/view/parental-postpartum-depression-more-baby-blues>
- Bauleo, A. (1977). Contrainstitución y grupos. Fundamentos.
- Beattie, K. (2020). *Choosing motherhood? An empirical phenomenological inquiry into the experience of maternal ambivalence* [Tesis doctoral, Carlow University]. ProQuest Dissertations & Theses Global. (ID No. 2450182388)
<https://www.proquest.com/dissertations-theses/choosing-motherhood-empirical-phenomenological/docview/2450182388/>
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S., y Valenstein, A. F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. The Psychoanalytic Study of the Child, 16(1), 9–72.
<https://doi.org/10.1080/00797308.1961.11823121>
- Blanco, G., (2019) Prevención Psicosocial y promoción de la salud durante la gestación: una mirada desde la Salutogénesis. Repositorio Universidad Rovira i Virgili
<https://drive.google.com/file/d/18U50bNXXskblZsCs9I9z0FFAyQnfEr8/view?usp=sharing>
- Bowlby, (1989). Una base segura. Paidos

Bronfenbrenner, Uriel (1987). La ecología del desarrollo humano. Paidos.

Broberg, L., Tabor, A., Rosthøj, S., Backhausen, M., Frøkjær, V. G., Damm, P., & Hegaard, H. K. (2021). *Effect of supervised group exercise on psychological well-being among pregnant women with or at high risk of depression (the EWE Study): A randomized controlled trial*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 100(1), 129–138. <https://doi.org/10.1111/aogs.13982>

Brumley, J., Cain, M. A., Stern, M., & Louis, J. M. (2016). Gestational weight gain and breastfeeding outcomes in group prenatal care. Journal of Midwifery y Women's Health, 61(5), 557–562. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12484>

Bydlowski, M. (2007). La deuda de vida: Itinerario psicoanalítico de la maternidad. Paidós.

Byerley, B. M., & Haas, D. M. (2017). A systematic overview of the literature regarding group prenatal care for high-risk pregnant women. BMC Pregnancy and Childbirth, 17, 329. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1522-2>

Campos, D. (2020). *Cuerpo, emociones y maternidad. Aportes desde una experiencia grupal en el sistema público de salud mental*. En A. Contini, M. Neffa & A. Pereira (Comps.), *Intervenciones clínicas en salud mental perinatal* (pp. 77–91). Lugar Editorial.

Can, P. (2013). Postpartum disorders. Mental Health America. <https://www.freestatesocialwork.com/articles/MentalHealthAmerica-PostpartumDisorders.pdf>

Carlson, K., Mughal, S., Azhar, Y., y et al. (2025). Depresión perinatal. En StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>

Carmona, S., Hoekzema, E., & Barba-Müller, E. (2019). Pregnancy and the brain: Changes in gray and white matter. Trends in Neurosciences, 42(7), 517–530. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2019.04.004>

Carmona, S. (2024). Neuromaternal. EDICIONES B.

Chapman, E., y Gubi, P. M. (2022). An exploration of the ways in which feelings of ‘maternal ambivalence’ affect some women. *Illness, Crisis y Loss*, 30(2), 92–106.
<https://doi.org/10.1177/1054137319870289>

Gobierno de Chile. (2025). Chile Crece Más (ex Chile Crece Contigo). ChileAtiende.
<https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2161-chile-crece-mas-ex-chile-crece-contigo>

Centro Gestacional Harmonia para a Vida. (s.f.). *Página oficial*.
<https://harmoniaparavida.com.b>

Cisneros Hilario, C. B., Bedoya Castillo, M. P., Lázaro Huamán, B. A., Mendoza Chávez, K. E., y Cisneros Hilario, E. J. (2022). Ser gestante en tiempos de pandemia: Una mirada de la salud mental antes y durante la pandemia. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(2), 402–408.

Colloca, L., & Barsky, A. J. (2020). Nocebo effects: Understanding the other side of placebo. *The New England Journal of Medicine*, 382(6), 554–561.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1907805>

Conselho Nacional de Saúde. (2023, 13 de noviembre). *Rede Alyne: novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil*. Gobierno Federal do Brasil.
<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne-novo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-brasil>

Coo Calcagni, S., Mira Olivos, A., García Valdés, M. I., y Zamudio Berrocal, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediatría*, 92(5), 724–732.
<https://doi.org/10.32641/andespaeiatr.v92i5.3519>

Corbo, G., Defey, D., D’Oliveira, N. (2011) De-presiones maternas : depresión materna en el primer año postparto; un tema oculto : estudio de prevalencia. MSP, Uruguay.

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.
https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/2023-12/Codigo_de_etica_profesional_del_psicologo.pdf

Costa, Glauce Dias da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/FqwRMkLMrBkxqrnhsZF9k8F/?format=pdf&lang=pt>

Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. British Journal of Psychiatry, 150(6), 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

de Lange, A., Barth, C., Kaufmann, T., Maximov, I., van der Meer, D., Agartz, I., & Westlye, L.. (2020). The maternal brain: Long-term impact of pregnancy on brain structure. Human Brain Mapping, 41(2), 471–479. <https://doi.org/10.1002/hbm.24811>

Del Canto, G. (2023). *Puerperio: una mirada desde la psicología perinatal*. Enciclopedia Argentina de Salud Mental. Recuperado de <http://www.enciclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?idt=191&idtt=109>

Del Olmo, C. (2016). ¿Dónde está mi tribu? Clave Intelectual.

El Parto es Nuestro. (s. f.). ¿Qué somos? Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/que-somos>

Eriksson, M., y Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health, 60(5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>

Familieskolen. (s.f.). *Familieskolen – Tid til forandring*. <https://familieskolen.dk/>

Farias, C. (2024). Los profesionales de la salud frente a la cesárea : un análisis psicosocial de una relación compleja. Tesis de doctorado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.

Fernández, L., y Olza, I. (2018). Tratamiento del trastorno de estrés postraumático posparto: una revisión sistemática. Psicosoma. Psiquiatría, 5(1), 29–39.

Fernández, L. & Olza, I. (2020). Psicología del embarazo. Editorial Síntesis

- Ferrari, B., Mesiano, L., Benacchio, L., Ciulli, B., Donolato, A., & Riolo, R. (2021). Prevalence and risk factors of postpartum depression and adjustment disorder during puerperium: A retrospective research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(5), 486–498. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1786035>
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1980). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant–mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387–421. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61442-4](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61442-4)
- Giberti, E., & Fernández, A. (1992). La mujer y la violencia invisible. Sudamericana
- Gobierno de Chile. (2025). Chile Crece Más (ex Chile Crece Contigo). ChileAtiende. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2161-chile-crece-mas-ex-chile-crece-contigo>
- Gómez, R. (1991). Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. *Clínica y Salud*, 2(3), 257. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/9f61408e3afb633e50cdf1b20de6f466>
- Gutman, L. (2009). La revolución de las madres. RBA Práctica.
- Horakova, A., Nemcova, H., Hrdlickova, K., Kalli, S., Davletova, A., Duarte, M. & Sebela, A. (2024). State of perinatal mental health care in the WHO region of Europe: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1350036. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1350036>
- Henderson, A. C., Harmon, S. M., & Newman, H. D. (2016). The price mothers pay, even when they are not buying it: Mental health consequences of idealized motherhood. *Sex Roles*, 74(11–12), 512–526. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0534-5>
- Hoekzema, E., Barba-Müller, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., García-García, D., & Carmona, S. (2017). Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nature Neuroscience*, 20(2), 287–296. <https://doi.org/10.1038/nn.4458>
- Ickovics, J. R., Kershaw, T. S., Westdahl, C., Magriples, U., Massey, Z., Reynolds, H., & Rising, S. S. (2007). Group prenatal care and perinatal outcomes: A randomized

controlled trial. *Obstetrics y Gynecology*, 110(2 Pt 1), 330–339.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000275284.24298.23>

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay – CAIF. (s.f.). Normativa Plan CAIF [Documento PDF]. INAU.
https://caif.inau.gub.uy/plan-caif/normativa/item/download/48_6ffc99d0a197d34837bcf901c4f19937

Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. (2024). *Mamá Importa. Foro de acompañamiento entre madres*. <https://saludmentalperinatal.es/mama-importa>

Irvine, A., Rawlinson, C., Bor, W., & Hoehn, E. (2021). Evaluation of a collaborative group intervention for mothers with moderate to severe perinatal mental illness and their infants in Australia. *Infant Mental Health Journal*, 42(4), 560–572.
<https://doi.org/10.1002/imhj.21922>

Justino, G., Stofel, N., Gervasio, M., Teixeira, I., & Salim, N. (2021). *Educação sexual e reprodutiva no puerpério: questões de gênero e atenção à saúde das mulheres no contexto da atenção primária à saúde*. *Interface (Botucatu)*, 25, e200711.
<https://doi.org/10.1590/interface.200711>

Jort, S. (2019) Prevención psicosocial y promoción de la salud en el periodo de exogestación.. Rovira i Virgili. <https://drive.google.com/drive/search?q=sara%20jort>

Kim, T. H., Connolly, J. A., & Tamim, H. (2014). The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1–9.

Kim, P., Strathearn, L., & Swain, J. (2016). The maternal brain and its plasticity in humans. *Hormones and Behavior*, 77, 113–123. <https://doi.org/10.1016/j.ybeh.2015.08.001>

Klima, C., Norr, K., Vonderheid, S., & Handler, A. (2010). Introduction of CenteringPregnancy in a public health clinic. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(1), 27–34.
<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.05.008>

Koletzko, S. H., La Marca-Ghaemmaghami, P., & Brandstätter, V. (2015). Mixed expectations: Effects of goal ambivalence during pregnancy on maternal well-being, stress, and coping. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 249–274. <https://doi.org/10.1111/aphw.12047>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613

La Liga Internacional de la Leche. (s. f.). Our story. <https://www.llli.org/es/about/our-story>

Legarra, Leire, Gómez-Gutiérrez, Mar, Valverde, Natalia y Mollejo, Encarnación. (2024). Salud Mental en Mujeres Embarazadas y COVID-19: Un Estudio Comparativo. *Psykhe (Santiago)* , 33 (1), 00110. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2021.39387>

Leger, J., y Letourneau, N. (2015). New mothers and postpartum depression: A narrative review of peer support intervention studies. *Health y Social Care in the Community*, 23, 337–348. <https://doi.org/10.1111/hsc.12125>

Lindström, B., y Eriksson, M. (2010). The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis: Health Promotion Research Report 2010:2. Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research. Disponible en www.salutogenesis.fi

Liu, C., Chen, Y., Yeh, Y., & Hsieh, Y. (2012). Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 908–918. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05796.x>

Liu, R., Chao, M. T., Jostad-Laswell, A., & Duncan, L. G. (2017). Does CenteringPregnancy group prenatal care affect the birth experience of underserved women? *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(2), 415–422. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0371-9>

Lorenz, R. (2005). Salutogenese. Reinhardt Verlag.

Magnone, N. (2010). Derechos y poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de humanización [Tesis de maestría, Universidad de la República, Uruguay]. Facultad de Ciencias Sociales.

Magnone, N. (2022.). Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960). Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres. Tesis de doctorado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales

Martiarena, M (2022) Relatos del puerperio: experiencias de mujeres en su encuentros con la maternidad. [Tesis de Maestría, Universidad de la República]. Colibrí <https://hdl.handle.net/20.500.12008/37337>

Martínez-García, M., García-García, D., Prats-Galino, A., Pueyo, R., Castellanos, F. X., Desco, M., ... y Hoekzema, E. (2021a). Long-term structural changes in the maternal brain after pregnancy. *Nature Communications*, 12(1), 1–13. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-21199-3>

Martínez-García, M., Paternina-Die, M., Barba-Müller, E., Martín de Blas, D., Beumala, L., Cortizo, R., & Carmona, S. (2021b). Do pregnancy-induced brain changes reverse? The brain of a mother six years after parturition. *Brain Sciences*, 11(2), 168. <https://doi.org/10.3390/brainsci11020168>

Mas, M. (2022). Ama tu puerperio: Claves para transitar un puerperio transformador. Tradinco.

Ministerio de Desarrollo Social. (2023) Programa de Acompañamiento Familiar de Uruguay Crece Contigo. Principales resultados de las modalidades Buen Comienzo y Proximidad para la crianza. Año 2023.

Ministerio de Salud Pública. (2018). Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. Departamento de Salud Sexual y Reproductiva.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-la-asistencia-del-nacimiento-institucional>

Ministerio de Salud Pública. (2024a). Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Departamento de Salud Sexual y Reproductiva. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_MANUAL_EMBARAZO_PARTO_PUERPERIO.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2024b). Instructivo metas 2024–2025 (Versión 1.0) [PDF].
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Instructivo%20META%202024_2025_V1.0.pdf

Ministerio da Saúde do Brasil. (2009). *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

Ministerio de Salud Pública, DIGESA. (s. f.). Pauta para la implementación de cursos de preparación para el nacimiento en el marco de la Meta 1.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Pauta%20para%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20Curso%20de%20preparaci%C3%B3n%20para%20el%20nacimiento%20en%20el%20marco%20de%20la%20Meta%201.pdf>

Montón, C., Pérez-Echevarría, M. J., Campos, R., García-Campayo, J., & Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12(6), 345–349.

Nacer Mejor Uruguay. (s. f.). Nacer Mejor Uruguay. En Mapeo de la Sociedad Civil. Instituto de Comunicación y Desarrollo.
<https://www.mapeosociedadcivil.uy/organizaciones/nacer-mejor-uruguay>

Odent, M. (2002). La evolución de la salud. De la vulnerabilidad del feto a la capacidad de adaptación del adulto. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, ISSN 0212-9078, Vol. 20, Nº. 2, 2002, págs. 80-84

Odent, M. (2008). Ecología Prenatal. Buenos Aires: Creavida.

Odent, M. (2009). La Vida Fetal, el Nacimiento y el Futuro de la Humanidad. Las Palmas: ObStare.

Odent, M. (2011). El nacimiento en la era del plástico. Las Palmas: ObStare.

Odent, M. (2019) El futuro del Homo. Buscalibre

Oberman, A. y Santos, (2005) Nacer y después: Aportes a la psicología Perinatal. Compiladora. Ediciones JCE-Facultad de Psicología la Universidad de Buenos Aires.

Oberman, A., & Paolini, C. I. (2018). Proceso de la maternidad y maternaje: Fundamentación teórica. Enciclopedia Argentina de Salud Mental.
<http://enciclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?idt=45yidtt=95>

Oberman, A., Mansilla, M., & Galíndez, E. (2022). De la práctica a la enseñanza: Desarrollo de la Psicología Perinatal en Argentina. *Anuario de Investigaciones*, 29(1), 235–242.
<http://hdl.handle.net/11336/204212>

Oberman, A., Santos, S., & Paolini, C. I. (2025). “Motherhood in Poverty, a Perinatal Intervention Device to Detect Psychosocial Risk.” En M. Rosabal-Coto et al. (Eds.), *Family and Contexts of Development: Challenges in Latin America* Oxford University Press.

Olza, I. (2015). Parir: El poder del parto. RBA Libros.

Olza, I., Fernández, P., González, A., Herrero, F., Carmona, S., Gil, A., Amado, E., & Dip, M. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 41(139), 23–35.

Olza, I., & Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. (s. f.). Foro Mamá Importa.
<https://www.mamaimporta.org>

Olza, I., y Lebrero, E (2016). ¿Nacer por cesárea? cómo evitar cesáreas innecesarias y vivir cesáreas respetuosas. Grupo Editorial Norma.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM) [Documento PDF].
[https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/qoc/quality-of-care/strategies-toward-ending-preventable-maternal-mortality-\(epmm\).pdf](https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/qoc/quality-of-care/strategies-toward-ending-preventable-maternal-mortality-(epmm).pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022a). Guía de la OMS para la integración de la salud mental perinatal en la atención materna e infantil [Informe]. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

Organización Mundial de la Salud. (2022b). Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. OPS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240045989>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s. f.). Salud mental. OPS/OMS. Recuperado el 20 de septiembre de 2025, de <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Paolini, C. I., & Oberman, A. (2022). *El trabajo del psicólogo perinatal en contextos de vulnerabilidad social: la maternidad en la pobreza* [Ponencia presentada en XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires]. <https://www.aacademica.org/000-084/756.pdf>

Paul, S., Austin, J., Elliott, R., Ellison-Wright, I., Wan, M., Drake, R. ,& Downey, D. (2019). Neural pathways of maternal responding: Systematic review and meta-analysis. Social Cognitive and Affective Neuroscience, 14(9), 1011–1021. <https://doi.org/10.1093/scan/nsz073>

Payás, A (s/f). La intervención grupal en duelo. www.seom.org

Pearson, R. M., Lightman, S. L., & Evans, J. (2009). Attentional processing of infant emotion during late pregnancy and mother-infant relations after birth. Archives of Women's Mental Health, 12(5), 313–321. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0080-7>

Peralta M, O. (2013) Aspectos clínicos del Puerperio. En Salud Reproductiva en el Período Post parto: Manual para el entrenamiento del personal de los servicios de salud. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER).

Pérez Blasco, J. (2008) Aprender de los grandes cambios vitales. Tirant Lo Blanch. Valencia.

Pinkola, C (1998) Mujeres que corren con los lobos. Editorial: B DE BOLSILLO

Pittman, F. S. III. (1990). Momentos decisivos: Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Ediciones Paulinas.

Rallis, S., Skouteris, H., McCabe, M., & Milgrom, J. (2014). A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women and Birth*, 27(4), 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.08.002>

Ramírez, E. (2022). Psicología del postparto. Editorial Síntesis.

Red de Psicología Perinatal. (s.f.). ¿Quiénes somos?
<https://saludmentalperinatal.org/quienes-somos/>

Rising, S. (2012). Centering Pregnancy: An interdisciplinary model of empowerment. *Journal of Nurse-Midwifery*, 42(1), 46–54. [https://doi.org/10.1016/S0091-2182\(97\)00117-1](https://doi.org/10.1016/S0091-2182(97)00117-1)

Romero, C., Aler, I., y Olza, I. (2012). Maternidad y salud: Ciencia, conciencia y experiencia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <https://www.sanidad.gob.es>

Roncallo, C. P., Sánchez de Miguel, M., & Arranz Freijo, A. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana [Maternal-foetal bonding: Implications for psychological development and proposal for early intervention]. *Escritos de Psicología*, 8(2), 14–23. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>

Roos, A., Faure, S., Lochner, C., Vythilingum, B., & Stein, D. J. (2011). Predictive selective attention and maternal responsiveness: An fNIRS investigation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6(3), 294–303. <https://doi.org/10.1093/scan/nsq039>

Rossi, A., & Parada, F. J. (2024). Maternal mental health and newborn intensive care units: Regional experiences in Argentina. An integrated approach to perinatal depression and anxiety in Spanish-speaking and Latina women (pp. 89–104). Springer.

Rossi, A., & Parada, F. J. (2023). Cross-sector cooperation advancing perinatal mental health: an outlook from Chile Crece Contigo. *Lancet Regional Health – Americas*, 20, 100469.

Sau, V. (2004). El vacío de la maternidad: Madre no hay más que ninguna. Icaria.

Saforcada, E, & Moreira, M (2014). La enfermedad pública. *Salud & Sociedad*, 5(1), 022-037.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-74752014000100002

Sánchez, M. (2013, agosto 23). La Psicología Perinatal aborda los cambios emocionales de la maternidad. Revista Bebé y más <https://www.bebesymas.com/salud-infantil/la-psicologia-perinatal-aborda-los-cambios-emocionales-de-la-maternidad-entrevista-a-meritxel-sanchez-psicologa>

Schmid, (2007). Salute e nascita. Milano: Feltrinelli

Shah, L., Chua, J. Y. X., Goh, Y. S., Chee, C. Y. I., Chong, S. C., Mathews, J., Lim, L. H. K., Chan, Y. H., Mörelius, E., & Shorey, S. (2024). Effectiveness of peer support interventions in improving mothers' psychosocial well-being during the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 21(6), 652–664. <https://doi.org/10.1111/wvn.12747>

Silva-Fernández, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., y Garrosa, E., Ramiro-Cortijo, D. (2023). Factors associated with obstetric violence implicated in the development of postpartum depression and post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Nursing Reports*, 13(4), 1553–1576. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>

Silva-Fernández, C. S., Camacho, P. A., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., y Ramiro-Cortijo, D. (2025). Analysis of maternity rights perception: Impact of maternal care in diverse socio-health contexts. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(2), 10. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15020010>

Skovbjerg, S., Sumbundu, A., Kolls, M., Kjærbye-Thygesen, A., y Fjorback, L. O. (2023). The effect of an adapted mindfulness-based stress reduction program on mental health, maternal bonding and birth outcomes in psychosocially vulnerable pregnant

women: A study protocol for a randomized controlled trial in a Danish hospital-based outpatient setting. BMC Complementary Medicine and Therapies, 23(1), 364. <https://doi.org/10.1186/s12906-023-04194-3>

Sociedad Marcé Española para la Salud Mental Perinatal. (s. f.). ¿Quiénes somos? <https://www.sociedadmarce.org>

Soifer, R. (1987). Psicología del embarazo, parto y puerperio. Paidós.

Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Coo, S., Doherty, D., & Page, A. C. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. Archives of Women's Mental Health, 17(5), 443–454. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8>

Stern. D (1997) La constelación maternal-La psicoterapia en las relaciones entre padres hijos, Paidós, Barcelona,

Tanner-Smith, E. E., Steinka-Fry, K. T., & Lipsey, M. W. (2013). Effects of CenteringPregnancy group prenatal care on breastfeeding outcomes. Journal of Midwifery y Women's Health, 58(4), 389–395. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12008>

Tilden, E. L., Hersh, S. R., Emeis, C. L., Weinstein, S. R., & Caughey, A. B. (2014). Group prenatal care: Review of outcomes and recommendations for model implementation. Obstetrical y Gynecological Survey, 69(1), 46–55. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000025>

UNICEF & Organización Mundial de la Salud. (2020). Ending preventable newborn deaths and stillbirths by 2030: Moving faster towards high-quality universal health coverage in 2020–2025. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia & Organización Mundial de la Salud. <https://www.unicef.org/reports/ending-preventable-newborn-deaths-stillbirths-quality-health-coverage-2020-2025>

Uruguay. (2001 octubre 24). Ley nº 17.386: Derecho de la mujer a estar acompañada durante trabajo de parto, <https://www impo com uy/bases/leyes/17386-2001> parto y nacimiento.

Uruguay. (2008, diciembre 10) Ley nº 18.426: Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Vargas, J.& García M (2009). Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 3(1), 11–18

Vivas, E. (2019). Mamá desobediente: Una mirada feminista a la maternidad. Capitán Swing

Veras Iglesias, G. (2023). Maternidad(es) y sus mitos: Dilemas y desafíos feministas. ¿Estamos construyendo nuevos maternajes? [Tesis de maestría, Universidad de la República, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación]. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/43016>

Wall-Wieler, E., Butwick, A. J., Gibbs, R. S., Lyell, D. J., Girsen, A. I., El-Sayed, Y. Y., & Carmichael, S. L. (2021). Maternal health after stillbirth: Postpartum hospital readmission in California. *American Journal of Perinatology*, 38(S01), e137–e145. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716349>

Winnicott, D. W. (1958). Through pediatrics to psychoanalysis. Basic Books.