



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología, Instituto de Psicología Clínica

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Proyecto de investigación

***Evaluación de talleres de biopsicoeducación con mujeres gestantes en su segundo y tercer trimestre de embarazo***

Estudiante: Mariana Olivera Craigdallie, C. I.: 4.590.553-8

Tutor: Prof. Agdo. Dr. Lisandro Vales

Revisora: Prof. Agda. Dra. Denisse Dogmanas

Octubre 2025, Montevideo

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES	5
Contexto y relevancia del embarazo como proceso biopsicosocialespiritual	5
Salud mental perinatal: ansiedad y depresión en el embarazo	6
Antecedentes de investigaciones en Uruguay	7
MARCO CONCEPTUAL	9
Bases teóricas y epistemológicas de la psiconeuroinmunoendocrinología (pnie)	9
Eje del estrés: hipotálamo-hipófisis-adrenal	12
Embarazo como proceso biopsicosocialespiritual	15
Ansiedad y depresión en el embarazo	16
Talleres de biopsicoeducación para embarazadas	17
PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	18
OBJETIVOS	20
General	20
Específicos	20
HIPÓTESIS	20
METODOLOGÍA	21
Diseño y enfoque metodológico	21
Variables e instrumentos	21
<i>Ansiedad, depresión y estrés</i>	21

<i>Sintomatología psicopatológica general</i>	22
Población y muestra	23
Estrategia de análisis de datos	23
Procedimiento	24
Intervención y aplicación de las técnicas	25
Cronograma de ejecución	26
CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
RESULTADOS ESPERADOS Y PLAN DE DIFUSIÓN	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	37
Ciclo de talleres de biopsicoeducación para embarazadas	37
Consentimiento informado	39

## RESUMEN

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo evaluar el impacto de un ciclo de talleres de biopsicoeducación, sobre los niveles de ansiedad, depresión y sintomatología psicopatológica, en mujeres embarazadas durante el segundo y tercer trimestre de gestación, y que se atienden en el Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Desde un enfoque cuantitativo y un diseño cuasiexperimental con aplicación de pretest y posttest, se busca analizar los efectos de la intervención en comparación con un grupo control. Los talleres, estructurados en ocho encuentros, se fundamentan en el paradigma de la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), que concibe la salud como un proceso dinámico resultante de la interacción entre los sistemas biológico, psicológico, inmunológico, endócrino, social y espiritual. Las participantes serán evaluadas mediante las escalas DASS-21 y SA-45, instrumentos estandarizados que permiten medir niveles de ansiedad, depresión y sintomatología psicopatológica.

Se espera que la participación en los talleres contribuya a reducir la sintomatología ansiosa y depresiva, fortalecer los recursos psicoemocionales y vinculares, y promover una vivencia gestacional más consciente y saludable. Este estudio aspira a aportar evidencia empírica sobre la efectividad de los talleres biopsicoeducacionales como estrategia preventiva en salud mental perinatal, en el marco de un enfoque integral que promueve la autonomía, la conciencia y el empoderamiento de las mujeres durante el embarazo.

*Palabras clave:* embarazo, biopsicoeducación, PNIE, ansiedad, depresión, salud mental perinatal

## **ABSTRACT**

This research project aims to evaluate the impact of a biopsychosocial-educational workshop series on levels of anxiety, depression, and psychopathological symptoms in pregnant women during the second and third trimesters, who receive care at the Women's Hospital of the Pereira Rossell Hospital Center (CHPR). Using a quantitative approach and a quasi-experimental design with pretest and posttest measurements, the study seeks to analyze the effects of the intervention compared to a control group. The workshops, structured into eight sessions, are grounded in the psychoneuroimmunoendocrinology (PNIE) paradigm, which conceptualizes health as a dynamic process resulting from the interaction of biological, psychological, immunological, endocrine, social, and spiritual systems. Participants will be assessed using the DASS-21 and SA-45 scales, standardized instruments that measure levels of anxiety, depression, and psychopathological symptoms.

It is expected that participation in the workshops will help reduce anxious and depressive symptoms, strengthen psycho-emotional and relational resources, and foster a more conscious and healthy gestational experience. This study aims to contribute empirical evidence regarding the effectiveness of biopsychosocial-educational workshops as a preventive strategy in perinatal mental health, within an integrative framework that promotes autonomy, awareness, and empowerment among pregnant women.

**Keywords:** pregnancy, biopsychosocial education, PNIE, anxiety, depression, perinatal mental health

## FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

### **Contexto y relevancia del embarazo como proceso biopsicosocialespiritual**

El embarazo constituye una experiencia vital de profunda transformación, en la que convergen múltiples dimensiones: biológica, psicológica, inmunológica, endócrina, social y espiritual. Es un proceso dinámico que trasciende el modelo biomédico tradicional y exige una comprensión integral de la salud de la mujer gestante. Desde esta perspectiva, el bienestar físico y emocional de la mujer durante el embarazo adquiere un valor central, ya que repercute tanto en la salud materna como en el desarrollo del bebé.

En Uruguay, el abordaje del embarazo a partir de una perspectiva biopsicosocialespiritual cobra especial relevancia si se considera el alto número de nacimientos y la concentración de atención en instituciones públicas. En 2024, se registró en el país un total de 29.899 nacimientos, según datos preliminares del Ministerio de Salud Pública (MSP, 2025). De acuerdo con cifras anteriores, alrededor del 15 % de esos nacimientos ocurrieron en el Hospital Pereira Rossell (Administración de los Servicios de Salud del Estado [ASSE], 2021), lo que equivale a la atención de más de cinco mil mujeres al año. Ello resalta la importancia del Hospital Pereira Rossell (en adelante CHPR) como centro de referencia en salud perinatal y la necesidad de implementar estrategias que favorezcan el bienestar de las gestantes a lo largo de esta etapa.

El embarazo implica modificaciones profundas en el cuerpo, en los vínculos y en la subjetividad de la mujer (Žutić, 2023), por ello, los cambios que experimentan demandan un paradigma que supere el modelo biomédico tradicional y que incorpore una perspectiva integral, en el que la persona sea reconocida como protagonista de su salud (Dubourdieu y Nasi, 2017). Este enfoque fomenta el compromiso, la autonomía y la participación, a la vez que habilita a que las mujeres construyan una experiencia gestacional más consciente y empática.

### **Salud mental perinatal: ansiedad y depresión en el embarazo**

Las intensas adaptaciones fisiológicas, emocionales, psicológicas y sociales que se experimentan en el embarazo en ciertos casos pueden derivar en problemáticas de salud mental (Salgado Contreras *et al.*, 2023). Durante la gestación es frecuente la presencia de síntomas ansiosos y depresivos que se manifiestan como inseguridad, tristeza, irritabilidad, dificultades para dormir y preocupaciones excesivas, lo cual afecta la vida cotidiana y los vínculos familiares y sociales. Si no se interviene oportunamente, esta sintomatología puede repercutir de manera negativa en la salud mental perinatal e impactar en la relación madre-hijo y en la experiencia global del embarazo (Giovanazzi y Pérez, 2023; Salgado Contreras *et al.*, 2023).

En un estudio observacional reciente, realizado en el marco del Ciclo de Metodología Científica II de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (2024), en conjunto con la Clínica Ginecotocológica A del CHPR, se identificó la presencia significativa de ansiedad, depresión y estrés en mujeres embarazadas. Entre ellas, destaca la depresión posparto, cuya prevalencia en Montevideo alcanza un 16,5 % (González, 2016).

Frente a este panorama, resulta prioritario promover intervenciones tempranas en el embarazo que fortalezcan los recursos psicoemocionales de las mujeres y brinden herramientas para transitar esta etapa de forma más saludable, lo cual contribuirá, también, a reducir la vulnerabilidad frente a la depresión posparto y otras dificultades en la etapa del puerperio.

Los talleres de biopsicoeducación dirigidos a mujeres embarazadas con sintomatología de ansiedad y depresión representan una estrategia de intervención fundamentada en una visión integral de la salud. Se basan en el reconocimiento de la interacción constante entre las dimensiones que constituyen a la persona y fomentan un proceso de subjetivación en las participantes que permite resignificar y comprender sus experiencias emocionales relacionadas con el embarazo, en lugar de limitarse a una recepción pasiva de información

clínica (Dubourdieu y Nasi, 2017). La participación en estos espacios promueve la expresión, reflexión y el intercambio de experiencias, fortalece los recursos internos y promueve la empatía y el apoyo mutuo (Contreras-Carreto, *et al.*, 2022). Además, se enfatiza en la influencia del sistema hipotalámico-hipófiso-adrenal en el manejo del estrés, lo cual puede configurarse como un mecanismo para promover la autorregulación emocional y el bienestar materno (Branson Dame *et al.*, 2023). La intervención biopsicoeducativa, orientada a la prevención primaria, tiene potencial para reducir la severidad de los trastornos de ansiedad y depresión en el embarazo, y beneficiar tanto la salud materna como el desarrollo fetal (Lebel *et al.*, 2020). Por lo tanto, estos talleres constituyen una estrategia holística y participativa que favorece la salud emocional de la gestante, y promueven un embarazo consciente y saludable; asimismo son una herramienta valiosa para la prevención y promoción de la salud mental en la gestación (Lancaster, *et al.*, 2010).

En Uruguay, la importancia de abordar la salud mental durante el embarazo también se enmarca en la normativa vigente. El Sistema Nacional Integrado de Salud, a través del Plan de Prestaciones de Salud Mental, Decreto 305/011, establece la obligatoriedad de brindar atención psicológica a mujeres embarazadas y a la población perinatal en los modos 1 y 2. Este lineamiento reconoce la vulnerabilidad biopsicoemocional propia de esta etapa y la necesidad de implementar intervenciones preventivas, oportunas y basadas en evidencia. La inclusión de estas prestaciones dentro del SNIS evidencia el lugar prioritario que ocupa la salud mental perinatal en las políticas públicas nacionales y refuerza la relevancia de desarrollar dispositivos de acompañamiento psicológico durante la gestación.

### **Antecedentes de investigaciones en Uruguay**

Experiencias previas de intervenciones en el ámbito de la salud pública respaldan la efectividad de estos espacios. Mombrú Mallo (2024) documentó una experiencia de talleres



virtuales de psicoprofilaxis obstétrica en centros de la RAP Metropolitana de Montevideo,<sup>1</sup> encauzados a promover el empoderamiento de las mujeres y a favorecer un parto humanizado. Estas prácticas incluyeron dimensiones emocionales, cognitivas y vinculares, y reconocen la necesidad de una atención integral de la mujer gestante.

Desde la psicología de la salud, Álvarez (2023) profundizó en el estrés materno en embarazos de alto riesgo, destacó la necesidad de considerar los aspectos psicoemocionales en la atención perinatal para favorecer el bienestar de la mujer y del entorno materno-fetal. En el mismo sentido, Urruti (2020) subrayó la importancia de integrar el acompañamiento psicológico en el puerperio a través de políticas públicas que contemplen las distintas dimensiones involucradas en la maternidad.

Con relación a la salud mental posparto, Fagúndez y Pereira (2019) resaltaron el rol de las parteras en la detección precoz de la depresión posparto. Esta condición puede comprometer el bienestar de la madre y del bebé, por lo que resulta necesario intervenir de manera anticipada. La escala de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) es una de las herramientas más utilizadas en el ámbito internacional para el tamizaje de depresión posparto, esta cuenta con validación en Argentina; y en Uruguay, si bien se emplea en distintos servicios de salud, aún no ha sido validada formalmente en población local (Cox *et al.*, 2028; Valdés y Cristoforone, 2023).

Históricamente, las investigaciones sobre el embarazo se han centrado en los aspectos biológicos del proceso gestacional. Sin embargo, resulta indispensable ampliar esta mirada hacia los factores sociales y culturales que condicionan la experiencia del embarazo y que inciden tanto en la expresión de la salud como en la aparición de trastornos psicológicos.

En el Hospital de la Mujer del CHPR, que atiende un alto número de gestantes en el segundo y tercer trimestre, se reconoce la necesidad de incorporar estrategias que acompañen los

---

<sup>1</sup> Red de Atención Primaria de Salud, Montevideo y área metropolitana, operada por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

procesos emocionales y vinculares durante dicho período. Asimismo, el enfoque de la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) propone el abordaje del eje del estrés, la integración cuerpo-mente y la comprensión consciente de los procesos biopsicoemocionales como herramientas relevantes para la promoción del bienestar materno y la prevención de alteraciones emocionales (Dubourdieu y Nasi, 2017). En este marco, los talleres biopsicoeducacionales se plantean como una estrategia innovadora con potencial para fortalecer los recursos internos de las mujeres embarazadas y favorecer una vivencia gestacional más consciente y saludable, aunque su eficacia empírica en esta población aún requiere ser evaluada sistemáticamente.

## MARCO CONCEPTUAL

### **Bases teóricas y epistemológicas de la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE)**

La psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) es un enfoque que explica la interconexión e intermodulación funcional entre los sistemas nervioso, inmunológico, endócrino y psicológico. Dichos sistemas no actúan de manera aislada, sino que se modulan entre sí bajo la influencia del entorno. De esta manera, una modificación en uno de los sistemas incide, inevitablemente, en los otros, lo que constituye una red intermodulada conocida como red PNIE. Este paradigma proporciona enfoque integrador de los procesos dinámicos de salud y enfermedad (Ader, 2000).

Como se expresó, las alteraciones en un sistema influyen en el funcionamiento de los demás, por ejemplo, una desregulación hormonal puede asociarse con manifestaciones psicológicas. Las neurociencias plantean que los neurotransmisores y mediadores no son exclusivos de un sistema en particular, sino que existen receptores y mediadores comunes que permiten una comunicación cruzada (Ader, 2000). Esta característica hace posible la modulación mutua y la adaptabilidad de la red, lo cual ha sido denominado *PNIE plasticidad*, es decir, la capacidad

de fortalecer o debilitar circuitos según las experiencias e influencias ambientales. El supraparadigma PNIE se apoya en múltiples campos del conocimiento, como la física cuántica, las neurociencias, la sociología y la epigenética. Epistemológicamente, se inscribe en marcos teóricos amplios y complejos, como la teoría general de los sistemas (Von Bertalanffy, 1987), el paradigma de la complejidad (Morin, 1994), la teoría del caos (Prigogine, 2004) y la teoría del estrés y la alostasis (Selye, 1976; Lazarus y Folkman, 1986).

Para el paradigma de la complejidad, la realidad es concebida como un todo dinámico, organizado, compuesto por múltiples dimensiones y elementos interrelacionados. El ser humano se conforma en constante interacción con su entorno, a la vez que contribuye activamente a su construcción (Morin, 1994). Esta posición supera la concepción fragmentada del sujeto y propone un enfoque integral que reconoce la multiplicidad y no-linealidad de los fenómenos.

Por su parte, la teoría general de los sistemas define a estos como unidades complejas, compuestas por elementos interrelacionados que conforman un todo. El ser humano puede ser comprendido como un sistema complejo y abierto. Por lo que, se plantea, en lo que refiere a los procesos de salud y enfermedad, atender a las múltiples interacciones que afectan el funcionamiento biopsicosocialespiritual de cada individuo. La teoría del caos aporta elementos fundamentales al pensamiento PNIE. Prigogine (2004) sostiene que el vínculo entre los distintos sistemas contiene una información adicional, en la que el todo es más que la suma de las partes. Los sistemas abiertos, como lo es el ser humano, presentan comportamientos impredecibles y están regidos por leyes no deterministas. En este marco, la interacción sinérgica entre factores internos y externos genera un potencial energético personal que fluye en constante intercambio con el ambiente. Esta energía individual, a su vez, influye en el campo energético colectivo en el que el sujeto se encuentra inmerso.

Finalmente, la teoría del estrés y los conceptos de alostasis y carga alostática ofrecen una base teórica clave para comprender los procesos de adaptación del ser humano frente a los estímulos internos y externos. Selye (1976) definió el estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas ante agentes nocivos, físicos o químicos. Más adelante, Lazarus y Folkman (1986) ampliaron esta visión al incorporar la percepción y evaluación subjetiva del estrés. La alostasis se refiere a la capacidad del organismo para mantener la estabilidad (homeodinamia) a través del cambio, mediante respuestas fisiológicas y conductuales. Sin embargo, el uso excesivo de estos mecanismos puede derivar en carga alostática, con implicancias en la salud del individuo.

En cuanto a la respuesta al estrés, todo estímulo modifica el ambiente y el sujeto. En este último, los estímulos son percibidos por el sistema nervioso central y desencadenan respuestas bioquímicas y moleculares que afectan a toda la red PNIE. Estas respuestas dependen tanto de las características del estímulo (intensidad, duración, cualidad y cronicidad) como de las condiciones del sujeto, incluyendo su carga genética, experiencias previas, recursos personales y sociales, estrategias de afrontamiento, y características de personalidad (Dubourdieu y Nasi, 2017). Además, las condiciones contextuales influyen significativamente, un mismo agente estresor puede generar diferentes respuestas según el momento vital o el entorno. El embarazo, por ejemplo, se considera una etapa de alta demanda adaptativa: los cambios fisiológicos y emocionales, sumados a factores vinculares y sociales, configuran un escenario especialmente sensible al estrés. La calidad del acompañamiento, el sostén afectivo, la estabilidad del entorno y el reconocimiento de los cambios en juego inciden directamente en cómo se vivencian los estresores en esta etapa (Dubourdieu y Nasi, 2017).

Posillico y Schwarz (2017) describen el embarazo como un estado de plasticidad neuroinmunoendocrina en el que los sistemas inmunitario, endócrino y nervioso central

interactúan de manera dinámica. Durante la gestación se produce una modulación inmunológica caracterizada por la disminución de citocinas proinflamatorias y el aumento de citocinas antiinflamatorias, proceso necesario para la tolerancia materno-fetal y regulado por los cambios hormonales propios del embarazo. Las autoras sostienen que la comunicación bidireccional entre el sistema inmunitario periférico y el cerebro influye en los procesos emocionales y conductuales, y que las variaciones inmunoendocrinas del período perinatal pueden aumentar la vulnerabilidad a síntomas ansiosos y depresivos. Comprender estas interacciones resulta fundamental para realizar intervenciones preventivas que promuevan la autorregulación y el bienestar emocional durante la gestación.

### **Eje del estrés: hipotálamo-hipófisis-adrenal**

Para el enfoque PNIE, la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) es central en la respuesta al estrés. El hipotálamo secreta hormona liberadora de corticotrofina (CRH), que estimula la hipófisis para liberar hormona adrenocorticotrófica (ACTH), la cual induce la secreción de cortisol desde la corteza suprarrenal. El aumento sostenido de cortisol inhibe funciones inmunológicas y perturba el equilibrio de la red PNIE (Maulder y Levenstein, 2008). Cuando los estados de ansiedad y de depresión persisten en el tiempo, esta cascada de activación del eje del estrés pierde su capacidad autorreguladora, lo que genera alteraciones cognitivas, emocionales, fisiológicas y conductuales (Dubourdieu y Nasi, 2017). Algunos de los síntomas que se pueden observar tanto para la ansiedad como para la depresión son la irritabilidad, el insomnio, la fatiga, la reducción de la actividad física, el aislamiento social y la aparición de conductas perjudiciales para la salud (Dubourdieu y Nasi, 2017).

En el embarazo, dado que es un proceso atravesado por estímulos cambiantes, múltiples requerimientos, como la gran cantidad de controles médicos, la autoexigencia y la presión del entorno por transitarlo con alegría, calma y gratitud, se vuelve imprescindible evaluar a la persona gestante en sus dimensiones psicoemocional y vincular, en especial ante síntomas de

ansiedad y depresión u otras manifestaciones del estrés que, si bien resultan esperables en esta etapa, pueden derivar en un malestar persistente (Bonet, 2014). La contención emocional, junto con el desarrollo de herramientas de autocuidado y autorregulación, puede contribuir a reducir la sintomatología ansiosa o depresiva y prevenir la progresión hacia experiencias más complejas como la depresión perinatal o el malestar generalizado frente al proceso de gestación y maternidad incipiente (Álvarez, 2023).

Por consiguiente, la perspectiva PNIE propone abordar los procesos de salud y enfermedad desde su carácter relacional, histórico y contextual. En este marco, se destacan como principios fundamentales los siguientes postulados: la multifactorialidad, la multidimensionalidad, la convergencia temporal, la epigenética y la neuroplasticidad. Estos permiten dar cuenta de la complejidad del vínculo entre los sistemas de la red PNIE.

La multifactorialidad reconoce que ningún fenómeno humano, especialmente los relacionados con la salud y la enfermedad, puede entenderse desde una sola causa, sino como resultado de múltiples factores que interactúan en simultáneo. La multidimensionalidad propone cinco dimensiones esenciales que se intermodulan entre sí: la biológica (conductas basales como el sueño, la alimentación, la eliminación intestinal, el ejercicio y la relajación); la cognitiva (creencias, distorsiones cognitivas y pensamientos contruidos desde la infancia); la psicoemocional-vincular (emociones, personalidad, vínculos afectivos, sociales y laborales); la socio-ecológica (condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales); y la espiritual-trascendental (valores, sentido de vida y motivaciones). Estas dimensiones, lejos de funcionar de forma aislada, se entrelazan continuamente y generan una configuración única en cada persona, por lo que resulta imprescindible considerar al ser humano como una unidad biopsicosocialespiritual inseparable.

La red PNIE no se limita a los sistemas ya mencionados, sino que comprende sus múltiples interacciones en todos los niveles del funcionamiento humano (Dubourdieu y Nasi, 2017).

Las emociones, entendidas etimológicamente como energía en movimiento, cumplen un rol protagónico en este entramado. La activación emocional se traduce en la producción de moléculas de información (neuropéptidos, inmunomediadores y hormonas), las cuales influyen a su vez en los estados emocionales, evidenciando la bidireccionalidad del vínculo entre lo biológico y lo psíquico (Dubourdieu y Nasi, 2017).

En este sentido, cada trayectoria vital, según las condiciones biológicas, cognitivas, vinculares, sociales y espirituales, configura un modo particular de respuesta al entorno. Las respuestas psicofísicas y sociales se encuentran determinadas por la historia genética, biográfica y vincular de cada individuo, así como por sus condiciones presentes y sus expectativas a futuro. Esta postura se enmarca en la convergencia temporal, es decir, la interacción constante entre experiencias pasadas, presentes y futuras (Damasio, 1999). A su vez, dichas memorias se entrelazan con la historia intrauterina, postnatal y las memorias heredadas transgeneracionalmente, que se transmiten mediante mecanismos genéticos, epigenéticos y culturales.

Desde la perspectiva de la epigenética y la neuroplasticidad, se reconoce que, si bien el material genético se mantiene a lo largo de la vida, su expresión se modifica según el entorno interno y externo. El ambiente interno, constituido por la psicofisiología del sujeto, y el ambiente externo, conformado por el entorno sociocultural, afectan directamente a la red PNIE e inciden en la expresión genética. Esta modulación epigenética ocurre a través de señales hormonales y neuroquímicas derivadas de hábitos cotidianos, factores ambientales y experiencias emocionales (Dubourdieu y Nasi, 2017).

Como se ha mencionado, el concepto de PNIE plasticidad hace referencia a la capacidad del sistema nervioso para reorganizar sus conexiones sinápticas en función de las experiencias vividas, lo que genera transformaciones tanto estructurales como funcionales a lo largo del tiempo. Esta neuroplasticidad impacta en toda la red PNIE: cuando el sistema nervioso cambia,

también lo hacen los sistemas endócrino, inmunológico y psicológico. Según Dubourdieu y Nasi (2017, p. 54):

Todo estímulo interno o externo también producirá cambios en toda la red PNIE (PNIE Plasticidad). A partir de las interconexiones de los sistemas, podemos ver que la Neuroplasticidad habilita la PNIE plasticidad, ya que, si el sistema nervioso cambia, también lo harán el resto de los sistemas implicados. Estos cambios podrán operar generando respuestas patógenas o saludables dependiendo del *terreno* con el que interactúen.

### **Embarazo como proceso biopsicosocialespiritual**

En el embarazo, el estado bioemocional materno incide en el desarrollo fetal y condiciona la salud del niño o niña. El cortisol materno, liberado en situaciones de estrés, atraviesa la barrera placentaria y altera la secreción de CRH (hormona liberadora de corticotrofina), lo que aumenta la susceptibilidad a respuestas ansiosas en el bebé. Por lo tanto, las condiciones del entorno, los hábitos de vida y el acompañamiento emocional adquieren un carácter determinante en esta etapa (Bonet, 2014).

Las mujeres gestantes experimentan una reorganización sistémica profunda que involucra transformaciones anatómo-fisiológicas, psicológicas, inmunológicas, neuroendocrinas, sociales y emocionales. Estas modificaciones impactan de manera directa sobre la red PNIE y generan consecuencias en la salud de la madre y el bebé. Entre los cambios que se producen, se encuentran las alteraciones en funciones cognitivas como la atención, la memoria y el sueño. En el embarazo y el puerperio las mujeres presentan dificultades en la codificación y recuperación de información verbal, asociadas a modificaciones emocionales, sociales y hormonales propias del período, así como a alteraciones del sueño y del estado de ánimo (Carrizo *et al.*, 2020). Si bien estos cambios tienden a ser transitorios, su presencia interfiere



en el funcionamiento cotidiano, por lo que se debe tener en cuenta al momento de acompañar de forma integral. También, los elevados niveles de estrés en el embarazo favorecen la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva. Una revisión sistemática realizada por Biaggi *et al.* (2016) identificó múltiples factores de riesgo asociados a estos cuadros, entre los cuales se destacan la falta de apoyo social o de pareja, antecedentes personales de enfermedad mental, violencia basada en género, embarazos no deseados, eventos vitales adversos, complicaciones obstétricas y pérdidas gestacionales previas. Estos hallazgos evidencian el carácter multifactorial y contextual de la ansiedad y la depresión durante el embarazo, lo que refuerza la necesidad de implementar estrategias de evaluación temprana que permitan identificar a las mujeres en riesgo y brindar acompañamiento oportuno.

La comprensión del embarazo como un proceso dinámico y multidimensional se encuentra en consonancia con el marco normativo uruguayo. El Plan de Prestaciones de Salud Mental del Sistema Nacional Integrado de Salud, Decreto 305/011, incorpora la atención psicológica durante el embarazo como una prestación obligatoria, lo que expresa un reconocimiento institucional del carácter biopsicoemocional de esta etapa. Desde la perspectiva de la PNIE, esta normativa constituye un respaldo conceptual, en tanto promueve intervenciones preventivas, integrales y centradas en la persona gestante, coherentes con la visión de interdependencia entre los sistemas biológicos, emocionales, vinculares y sociales.

### **Ansiedad y depresión en el embarazo**

Los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son los más frecuentes en esta etapa, afectan aproximadamente al 12 % de las embarazadas, mientras que la depresión posparto alcanza al 20 % de las mujeres durante el primer año tras el nacimiento del bebé (Caparrós González, 2018). Comprender estos procesos requiere de un abordaje integral, que considere los factores individuales, como la presencia de enfermedades médicas, trastornos psicológicos previos, niveles elevados de cortisol, disfunciones hormonales y antecedentes

genéticos; sociales, como la exposición a violencia, estrés laboral o pérdidas afectivas significativas; comunitarios, como el impacto de la aculturación en contextos migratorios y las condiciones socioeconómicas desfavorables.

Caparrós González (2018) destaca la incidencia del estrés psicológico en el desarrollo de complicaciones como la diabetes gestacional, los trastornos hipertensivos, el crecimiento intrauterino restringido y el parto prematuro. Estas consecuencias están directamente relacionadas con la activación sostenida del eje del estrés y la consecuente elevación de los niveles de cortisol. Estudios realizados por Silva, *et al.*, (2013) en mujeres embarazadas en comparación con mujeres no gestantes revelan niveles más altos de ansiedad durante la gestación, más intensos en el tercer trimestre. La evidencia también indica que niveles elevados de atención emocional se asocian a mayor presencia de depresión, mientras que mayores niveles de comprensión y regulación emocional se relacionan con menor sintomatología depresiva (Carrizo *et al.*, 2015; Beltrán-Jiménez y Ortiz, 2011). Este hallazgo permite identificar nuevas vías de intervención preventiva, dirigidas a fortalecer la alfabetización emocional y la capacidad de autorregulación de las mujeres gestantes. La depresión en esta etapa afecta a la madre y al desarrollo físico, emocional y vincular del bebé; a la vez que ocasiona dificultades en el apego temprano, el desarrollo motor y cognitivo, y el establecimiento de relaciones futuras (Alhusen *et al.*, 2013; Mendoza y Saldivia, 2015). Resulta esencial entonces ofrecer espacios de intervención temprana, orientados no solo a reducir el malestar emocional, sino también a mejorar la sensibilidad materna, la calidad del vínculo madre-bebé y la autopercepción de bienestar para las mujeres gestantes (Olhaberry *et al.*, 2015) lo cual contribuye a fortalecer el vínculo de apego futuro.

### **Talleres de biopsicoeducación para embarazadas**

El enfoque de la PNIE concibe el embarazo como un proceso sensible a las influencias del entorno. Los cambios neuroendocrinos, inmunológicos y emocionales interactúan de forma

constante, modulan el estado interno de la persona y su relación con el ambiente. Por consiguiente, es necesario crear espacios psicoeducativos que brinden información clara sobre los cambios biopsicoemocionales espirituales del embarazo, que acompañen los procesos subjetivos de cada mujer y fomenten el desarrollo de recursos internos. Estos espacios permiten el fortalecimiento de la red de apoyo, la regulación emocional y el empoderamiento de la persona gestante e impactan positivamente en su salud y, por ende, en la del bebé.

La psiconeuroinmunoendocrinología reconoce el embarazo como un proceso de profunda plasticidad y vulnerabilidad, en el que las interacciones entre lo biológico, psicológico, social y espiritual determinan no solo el bienestar de la persona gestante, sino también el desarrollo integral del bebé. En esta etapa, el estrés y la sintomatología ansiosa y depresiva pueden generar repercusiones a corto y largo plazo, moduladas por factores contextuales, vinculares y emocionales (Bonet, 2014). De acuerdo con lo anterior, es imprescindible incorporar estrategias de información, contención y fortalecimiento de recursos internos. En este sentido, los talleres biopsicoeducacionales se presentan como un espacio privilegiado para brindar a las mujeres embarazadas herramientas de autocuidado y autorregulación, promover la alfabetización emocional, favorecer la red de apoyo y potenciar el empoderamiento en la vivencia de su gestación. Se trata de que las participantes logren resignificar los desafíos y transformarlos en oportunidades de crecimiento personal, fortalecer el vínculo materno y consolidar una narrativa más positiva y valiosa sobre su embarazo y puerperio.

## **PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

El embarazo, como se ha mencionado, constituye un proceso complejo en el que convergen transformaciones biológicas, psicológicas, inmunológicas, endócrinas, sociales y emocionales. Este período, tradicionalmente, se trata desde el modelo biomédico, es decir, se

centra en los aspectos fisiológicos y en la prevención de complicaciones obstétricas. Sin embargo, esta perspectiva resulta insuficiente para comprender la totalidad de la experiencia gestacional, ya que factores emocionales y contextuales inciden de manera decisiva en la salud de la persona gestante y del bebé (Biaggi *et al.*, 2016). Los aportes desde la psiconeuroinmunoendocrinología del embarazo muestran que los cambios inmunológicos y hormonales que sostienen la gestación pueden, al mismo tiempo, incrementar la susceptibilidad emocional materna, especialmente ante condiciones de estrés o escaso apoyo psicosocial (Posillico y Schwarz, 2016). Leff-Gelman *et al.*, 2024 señala que entre un 15 % y un 23 % de las mujeres embarazadas presentan síntomas de ansiedad durante la gestación, los cuales, con frecuencia, están acompañados de síntomas depresivos, ello incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas y de dificultades en el desarrollo fetal.

En este marco, es necesario evaluar intervenciones que contemplen la integralidad del proceso y que contribuyan a la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva. Desde el paradigma de la psiconeuroinmunoendocrinología, que concibe al ser humano como un sistema dinámico en interacción constante con su entorno, los talleres biopsicoeducacionales surgen como una estrategia que integra información, acompañamiento y herramientas de autocuidado. Si bien aún no existe evidencia empírica suficiente sobre su efectividad, es importante destacar que estos talleres incorporan aportes de distintos enfoques psicológicos y terapéuticos que cuentan con gran evidencia como el mindfulness, la psicología positiva, el psicoanálisis y la psicología cognitivo-conductual, lo que les otorga un carácter integrador y fortalece su potencial como recurso de acompañamiento en la gestación.

Como punto de partida, es necesario preguntarse: ¿Existen diferencias significativas en los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva de mujeres embarazadas en su segundo y tercer trimestre antes y después de participar en talleres biopsicoeducacionales?

¿Qué variaciones se observan en las puntuaciones de ansiedad, depresión y sintomatología psicopatológica en el pretest y el posttest tras la intervención?

## **OBJETIVOS**

### **General**

Evaluar el resultado de un ciclo de talleres biopsicoeducacionales en los niveles de ansiedad, depresión y sintomatología psicopatológica en mujeres gestantes, en su segundo y tercer trimestre de embarazo, que se atienden en el Hospital de la Mujer del CHPR.

### **Específicos**

1. Evaluar los niveles de ansiedad, depresión y sintomatología psicopatológica en las participantes de los talleres y del grupo control antes del inicio del ciclo de talleres.
2. Evaluar los niveles de ansiedad, depresión y sintomatología psicopatológica en ambos grupos al finalizar el ciclo de talleres.
3. Comparar la evolución de los niveles de ansiedad, depresión y sintomatología psicopatológica entre las mujeres que participaron en los talleres biopsicoeducacionales y las que integraron el grupo control.

## **HIPÓTESIS**

H1. Antes del inicio del ciclo de talleres, no existirán diferencias significativas en los niveles de ansiedad, depresión y sintomatología psicopatológica entre las integrantes del grupo participante de los talleres y las del grupo control.

H2. Al finalizar el ciclo de talleres, las integrantes del grupo participante de los talleres presentarán niveles significativamente menores de ansiedad, depresión y sintomatología psicopatológica en comparación con el grupo control.

H3. La evolución entre la medición pretest y posttest mostrará una disminución significativa en los niveles de ansiedad, depresión y sintomatología psicopatológica en el grupo participante de los talleres, en mayor medida que en el grupo control.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño y enfoque metodológico**

El presente estudio se enmarca en un diseño cuasiexperimental con enfoque cuantitativo que pretende evaluar el impacto de un ciclo de talleres de biopsicoeducación en mujeres embarazadas que cursen el segundo y tercer trimestre de gestación y que presenten sintomatología ansiosa o depresiva. El enfoque cuantitativo permite medir numéricamente variables emocionales mediante instrumentos estandarizados, y los datos obtenidos pueden analizarse estadísticamente (Hernández Sampieri *et al.*, 2014). Se contemplan dos momentos de evaluación, un pretest administrado antes de comenzar los talleres y un posttest aplicado al finalizar el ciclo de encuentros. Este estudio permitirá identificar cambios en los niveles de ansiedad, depresión y una posible sintomatología psicopatológica asociados a la participación en los talleres de intervención, en comparación con un grupo control.

### **Variables e instrumentos**

#### ***Ansiedad, depresión y estrés***

La evaluación de síntomas emocionales se realizará mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés en su versión abreviada de 21 ítems (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995), adaptada al español por Daza *et al.*, (2002). Este instrumento de autoinforme breve permite medir simultáneamente los dominios de ansiedad, depresión y estrés a través de tres subescalas de siete ítems cada una, con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (0: «no me sucedió» a 3: «me sucedió mucho o casi siempre»). La técnica DASS-21 ha

mostrado propiedades psicométricas adecuadas en población latinoamericana. En Chile, Antunes *et al.*, (2008) validaron la versión abreviada en estudiantes universitarios, lo cual confirma su estructura trifactorial y una alta confiabilidad ( $\alpha$  total = .91), lo que respalda su aplicabilidad en contextos hispanohablantes. Por otra parte, en Brasil se ha constatado su fiabilidad interna, estabilidad y validez convergente en mujeres embarazadas (Silva *et al.*, 2022). En Uruguay, aunque no existen estudios de validación formalmente publicados, la DASS-21 ha sido utilizada en investigaciones desarrolladas en el Hospital de la Mujer del CHPR con mujeres gestantes, y se reportó una estructura factorial consistente y niveles satisfactorios de consistencia interna y validez convergente (Ben *et al.*, 2024). Para este estudio, la DASS-21 se aplicará a mujeres gestantes que cursan su segundo y tercer trimestre de embarazo y que se atienden en el Hospital de la Mujer del CHPR, con el propósito de evaluar los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés durante la gestación. Dada la especificidad de esta población, se calcularán los índices de confiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach) para cada subescala, con el fin de aportar evidencia sobre su fiabilidad y adecuación en la muestra local.

### ***Sintomatología psicopatológica general***

La sintomatología psicopatológica se evaluará mediante el Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Davison *et al.*, 1997), desarrollado a partir del SCL-90-R de Derogatis (1977). El cuestionario está compuesto por 45 ítems que exploran nueve dimensiones: somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Se responde a través de una escala tipo Likert de 5 puntos (0: «nada», 4: «extremadamente»). El SA-45 fue adaptado y validado en Uruguay por Selma *et al.* (2018), mostró altos niveles de consistencia interna ( $\alpha$ Total = .94) y una varianza total explicada del 53,45 %. Su aplicación permite obtener un

panorama amplio de la sintomatología psicológica general en población clínica y comunitaria, incluidas las mujeres gestantes (Sandín *et al.*, 2008).

### **Población y muestra**

La población de referencia está constituida por mujeres gestantes que cursan el segundo o tercer trimestre de embarazo y que se atienden en el Hospital de la Mujer del CHPR. La muestra se dividirá en dos grupos: uno conformado por las mujeres que participen en los talleres de biopsicoeducación y otro por aquellas que no participen, el cual será el grupo control. Este último será emparejado con el grupo de intervención en función de variables como sintomatología inicial, edad, escolaridad y semanas de gestación. Los criterios de inclusión comprenden a mujeres mayores de 18 años, con más de 12 semanas de gestación. Se excluirán aquellas participantes con embarazos de alto riesgo o que no completen al menos el 80 % de la participación a los talleres.

Se ha decidido excluir el primer trimestre del embarazo en el análisis, dado que en esta etapa inicial son frecuentes las pérdidas gestacionales, embarazos no viables y complicaciones tempranas que pueden incrementar transitoriamente los síntomas ansiosos o depresivos, sin reflejar necesariamente un trastorno clínico persistente. Por lo tanto, el estudio se centra en el segundo y tercer trimestre, período en que la gestación se encuentra más consolidada y los niveles de incertidumbre tienden a disminuir, lo que permite obtener resultados más estables y representativos (Salgado Contreras *et al.*, 2023; Castellanos Villegas *et al.*, 2023).

### **Estrategia de análisis de datos**

Los datos recolectados serán introducidos en una base anonimizada, a la cual solo tendrá acceso la investigadora responsable. El análisis se llevará a cabo mediante el software estadístico SPSS, PSPP o Jamovi, ya que son de los más utilizados en el ámbito de salud y psicología, se aplicarán estadísticos descriptivos (medias, desvíos estándar, frecuencias y



porcentajes) para caracterizar la muestra. Para evaluar diferencias intragrupo entre el pretest y el posttest se utilizarán pruebas t Student para muestras relacionadas o pruebas no paramétricas equivalentes, mientras que para las comparaciones entre grupos se aplicarán pruebas t Student para muestras independientes (Hernández Sampieri, 2018). En todos los casos se considerará un nivel de significación estadística de  $p < .05$ .

### **Procedimiento**

En primera instancia, se coordinará una reunión con las autoridades del Hospital de la Mujer del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) con el fin de ajustar los términos de la investigación y las condiciones de derivación de las pacientes. Los profesionales de la policlínica serán responsables de proporcionar los números de contacto de las posibles participantes, lo que permitirá establecer una comunicación informativa y de coordinación inicial.

El primer contacto se realizará a través de la aplicación WhatsApp, allí se brindará información general sobre la investigación. En esta instancia se enviará un cuestionario en formato digital que incluirá datos sociodemográficos y de disponibilidad horaria, con el objetivo de evaluar la posibilidad de participación en los talleres. También, se adjuntará el consentimiento informado para que las interesadas puedan leerlo previo al encuentro presencial.

Con la información recabada se procederá a la selección de las participantes y así conformar el grupo de intervención y el grupo control. A continuación, se coordinará el primer encuentro presencial, en el cual se presentarán los lineamientos generales de la investigación, la duración del proceso y la importancia del compromiso con el espacio de intervención, se hará hincapié en los beneficios esperados para las participantes.

### **Intervención y aplicación de las técnicas**

El ciclo de talleres de biopsicoeducación se desarrollará en ocho encuentros semanales de aproximadamente 90 minutos cada uno. Las reuniones se realizarán en modalidad presencial, en las instalaciones del Hospital de la Mujer del CHPR y serán coordinadas por la investigadora principal junto con un profesional del área de salud mental.

Cada encuentro incluirá una instancia expositiva breve, una actividad vivencial y un espacio de intercambio grupal, esta secuencia pedagógica busca favorecer la adquisición de conocimientos, la reflexión personal y el fortalecimiento de recursos psicoemocionales. Los contenidos se centrarán en ejes temáticos como los cambios biopsicoemocionales del embarazo, el estrés y la autorregulación emocional, el vínculo madre-bebé, el autocuidado, la red de apoyo y la preparación para el puerperio.

Antes de iniciar el ciclo, se aplicarán los instrumentos DASS-21 y SA-45 (pretest) para evaluar los niveles iniciales de ansiedad, depresión y sintomatología psicopatológica. Al finalizar el último taller, se administrarán nuevamente ambos instrumentos (postest) con el fin de analizar los posibles cambios asociados a la intervención.

En paralelo, el grupo control —compuesto por mujeres con características sociodemográficas y clínicas equivalentes— completará las mismas evaluaciones (pretest y postest) en los mismos intervalos temporales, sin participar en los talleres. Una vez concluido el estudio, este grupo recibirá material informativo sobre el abordaje biopsicosocialespiritual del embarazo como forma de devolución ética y educativa.



## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente propuesta de investigación será presentada ante el Comité de Ética de la Facultad de Psicología, con el objetivo de ser evaluada y considerada para su ejecución.

El desarrollo de la investigación se regirá por el Decreto 158/019 del Poder Ejecutivo, que regula la investigación en salud con seres humanos en Uruguay y prioriza la protección de los derechos, la dignidad y el bienestar de las personas participantes. Asimismo, se cumplirá con lo establecido en la Ley N.º 18.331 de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data, que garantiza la confidencialidad, el anonimato y el manejo responsable de la información recabada. Se respetarán los lineamientos del Código de Ética Profesional del Psicólogo en Uruguay (Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, 2001), que orienta la práctica profesional y la investigación bajo los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

En el primer encuentro con las participantes, se les entregará una hoja de consentimiento informado, libre y voluntario, en la cual se explicarán de manera clara y breve los objetivos, procedimientos y duración del estudio. Allí quedará expresada la garantía de confidencialidad respecto de los datos personales, así como la posibilidad de abandonar el proceso en cualquier momento por voluntad propia y sin consecuencias.

Se prevé que la participación en el estudio no genere riesgos ni malestar. En caso de que se produjera alguna situación adversa, el procedimiento se interrumpirá de inmediato para salvaguardar a la participante y, de ser necesario, se ofrecerá información o se la derivará a los servicios psicológicos correspondientes de su prestador de salud o de la Facultad de Psicología.

Al grupo control se le entregará material informativo que aborde la importancia de transitar el embarazo desde una perspectiva biopsicosocioespiritual, destacando los aspectos más relevantes. La participación será de carácter voluntario y no implicará compensación

económica ni beneficios materiales. Una vez finalizado el estudio, se elaborará un informe sintético para el Hospital de la Mujer, CHPR y la Facultad de Psicología Udelar y se planificará la difusión de los principales hallazgos a través de publicaciones en revistas científicas.

## **RESULTADOS ESPERADOS Y PLAN DE DIFUSIÓN**

En relación con los objetivos planteados y tomando como referencia el estudio realizado por Žutić (2023), en el que la autora destaca la efectividad del modelo biopsicosocial para la atención perinatal, se espera que la implementación del ciclo de talleres biopsicoeducacionales genere una disminución significativa en los niveles de ansiedad, depresión y sintomatología psicopatológica de las mujeres embarazadas que participen de la intervención, en comparación con las mediciones realizadas antes de su inicio. Del mismo modo, se espera que puedan observarse modificaciones en conductas basales tales como la alimentación, la calidad del sueño, la relajación, el ejercicio físico y la eliminación intestinal, ya que se encuentran vinculadas a un mayor nivel de bienestar general.

Se espera también que, al comparar los resultados del grupo de intervención con los del grupo control, se perciba una evolución más favorable en las mujeres que participaron de los talleres, lo que permitirá valorar la eficacia del abordaje biopsicoeducacional. De igual manera, se considera probable que las participantes reporten una mayor comprensión de los procesos biopsicoemocionales asociados al embarazo, así como una percepción fortalecida de sus capacidades de afrontamiento y autocuidado.

Asimismo, se realizará una devolución al Hospital de la Mujer del CHPR y al médico tratante que hace la derivación mediante un informe técnico que incluirá sugerencias aplicables a la práctica institucional. Se elaborarán materiales de divulgación dirigidos a la comunidad con el propósito de transmitir la importancia de atender la salud biopsicoemocional durante el embarazo y promover estrategias de acompañamiento basadas en un enfoque integral.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ader, R. (2000). On the development of psychoneuroimmunology. *European Journal of Pharmacology*, 405(1-3), 167-176. [https://doi.org/10.1016/S0014-2999\(00\)00550-1](https://doi.org/10.1016/S0014-2999(00)00550-1).
- Alhusen, J. L., Hayat, M. J., Gross, D., Rose, L., & Sharps, P. (2013). The role of mental health on maternal-fetal attachment in low-income women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), 71-81. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01385.x.
- Álvarez, F. (2023). *Embarazos de alto riesgo obstétrico y estrés materno: una mirada desde la Psicología de la Salud*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibrí <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/37083>.
- Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Universitas Psychologica*, 11(3), 873-882. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2021, noviembre 17). *De 5875 niños nacidos en el Pereira Rossell en 2020, el 12 % fueron prematuros*. Recuperado de <https://www.asse.com.uy/contenido/De-5875-ninos-nacidos-en-el-Pereira-Rossell-en-2020-el-12-fueron-prematuros-13246>.
- Beltrán-Jiménez, A. y Ortiz, M. C. (2011). Síntomas depresivos, inteligencia emocional percibida y formas de afrontamiento en mujeres embarazadas. *Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 255-264. <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2011/anyes2011a19.pdf>.
- Ben, L., Camejo, M., Meireles, E., Olivera, M., Ramón, E. y Vila, J. (2024). *Salud mental y embarazo: estrés, ansiedad y depresión en el segundo trimestre*. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay [Monografía de pregrado, Universidad de la República]. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/51208>.

- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.023>.
- Bonet, J. (2014). *Cerebro, emociones y estrés. Las respuestas de la Psiconeuroinmunoendocrinología*. Ediciones B.
- Branson Dame, K., Jazz Harvey, M., Aichele, S., Kralewski Van Denburg, A., Hoyer, L., Joslin, S., McKenna, A., Lincoln, M., Closson, L., Flykt, M., Salo, S., Harvey, A., & Biringen, Z. (2023, 11 de diciembre). Movement through motherhood: Exploring mood, wellbeing, and prenatal emotional availability (EA) through EA-based dance intervention. *Infant Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1002/imhj.22093>.
- Caparrós González, R. A. (2018). *Estrés materno prenatal: efectos en el desarrollo fetal y resultados obstétricos*. Universidad de Granada.
- Carrizo, E., Domini, J., Quezada, R. J., Serra, S. V., Soria, E. A., Miranda, A. R. (2020). Variaciones del estado cognitivo en el puerperio y sus determinantes: una revisión narrativa. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 25(8), 3321-3334. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.26232018>.
- Castellanos Villegas, A. E., Hernández-García, J. D., y Vázquez-Martínez, E. R. (2023). Papel de las hormonas progesterona, estradiol y oxitocina en la función del miometrio durante el embarazo y el trabajo de parto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 37(1), 31-38. <https://doi.org/10.24875/PER.22000013>.
- Contreras-Carreto, N. A., Villalobos-Gallegos, L., & Mancilla-Ramírez, J. (2022). Análisis epidemiológico de la depresión perinatal. *Cirugía y Cirujanos*, 90(1), 52-63. <https://doi.org/10.24875/ciru.20001246>.



- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (2018). 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>.
- Damasio, A. (1999). *El error de Descartes: la razón de las emociones*. Editorial Andrés Bello.
- Davison, M. L., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M., & Kane, R. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4(3), 259-276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). *The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample*. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205. <https://doi.org/10.1023/A:1016041210589>.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version*. Johns Hopkins University School of Medicine.
- Dubourdieu, M., & Nasi, L. (2017). *Cáncer y psiconeuroinmunología. Clínica Integrativa en Oncología*. Editorial Nativa.
- Fagúndez, R., y Pereira, O. (2019). *El rol de la partera en la detección precoz de la depresión posparto*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibrí <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/35780>.
- Giovanazzi, S., y Pérez, A. (2023). Diseño de un modelo de regresión para predecir la presencia de depresión durante el embarazo a partir de la inteligencia emocional, el cuidado parental, la ansiedad y el estrés. *Interacciones*, 9. <https://doi.org/10.24016/2023.v9.305>

- González, M. (2016). *Estudio de prevalencia de la depresión materna en el primer año de postparto*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibrí <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7743>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2018). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Education.
- Instituto Nacional de Estadística (2024). *Anuario estadístico nacional 2024: Volumen n.º 101. Indicadores* (p. 23). Recuperado de <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/publicaciones/anuario-estadistico-nacional-2024-volumen-n-101/23-indicadores-3>.
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). *Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 5-14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ed. Martínez Roca.
- Leff-Gelman, P., Camacho-Arroyo, I., Camacho Pacheco, R. T., Coronel Cruz, F. M., Gaspard Cervantes, A. V., Jiménez Aquino, L. E., Solares-Bravo, M., y Flores-Ramos, M. (2024). Circulating sex hormones in women with severe anxiety during pregnancy. *Salud Mental*, 47(1), 3-12. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2024.002>.
- Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 277, 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>.

- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Maunder, R., y Levenstein, S. (2008). The role of stress in the development and clinical course of inflammatory bowel disease: epidemiological evidence. *Curr Mol Med.*, 8(4), 247-52. Doi: 10.2174/156652408784533832. PMID: 18537632.
- Mendoza, R., y Saldivia, S. (2015). Salud mental perinatal: un desafío para la atención primaria. *Revista Médica de Chile*, 143(7), 887-894. DOI: [10.4067/S0034-98872015000700010](https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010).
- Ministerio de Salud Pública. (2025). *Acceso a los datos preliminares de las Estadísticas Vitales del año 2024* [Comunicado de prensa]. Gobierno de Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/acceso-datos-preliminares-estadisticas-vitales-del-ano-2024>.
- Mombrú Mallo, V. (2024). *Talleres de preparación para el nacimiento en el primer nivel de atención*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Colibrí <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/46886>.
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo. El paradigma de la complejidad*. Gedisa.
- Olhaberry, M., Mena, C., Zapata, J., Miranda, Á., Romero, M., & Sieverson, C. (2015). Terapia de interacción guiada en díadas madre-bebé con sintomatología depresiva materna en el embarazo: Un estudio piloto. *Summa Psicológica*. <https://doi.org/10.18774/448x.2015.12.243>.
- Posillico, C. K., & Schwarz, J. M. (2017). An immunological perspective on pregnancy: changes in the maternal immune system and implications for mood and behavior. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 77, 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.03.017>.

Prigogine, I. (2004). *Las leyes del caos* (2da ed.). Ed. Crítica.

República Oriental del Uruguay (2011, 9 de setiembre). Decreto n.º 305. Plan de Prestaciones de Salud Mental del Sistema Nacional Integrado de Salud. *Diario Oficial*.  
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/305-2011>.

Salgado Contreras, R. M., Torres Chauca, M. L., Salazar Campos, R. M., Bolívar Renón, J. L., Quispe Alosilla, Y., y Chilipio Chiclla, M. A. (2023). Nivel de ansiedad según el trimestre del embarazo en un establecimiento de salud de atención primaria. *Ginecología y Obstetricia de México*, 91(7), 469-478.  
<https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8163>.

Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.

Selma, H., Benedetti, M., Luzardo, M., y Martínez, S. (2018). *Adaptación de la escala SA-45 a población uruguaya*. Congreso Internacional de Psicología.

Selye, H. (1976). *The stress of life* (Rev. ed.). McGraw-Hill.

Silva, E., Díaz, V., y Mejías, M. A. (2013). Ansiedad y depresión durante el embarazo. *Informe Médico*, 15(2), 51-56.

Silva, S. A., Zanon, R. B., & Pereira, V. A. (2022). Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21): Psychometric properties in pregnant women. *Psicologia: Teoria e Pratica*, 24(2), ePTPPA13525. Universidade Presbiteriana Mackenzie.  
<https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPPA13525.en>.

Urruti, M. (2020). *Análisis de los abordajes sobre los aspectos psicoemocionales del puerperio normal que proponen autores referentes en el tema y las políticas públicas vigentes en Uruguay*. [Trabajo final de grado, Universidad de la República]. Silo  
[https://silo.uy/vufind/Record/COLIBRI\\_58259a146290f7a501eee753e4de54e5](https://silo.uy/vufind/Record/COLIBRI_58259a146290f7a501eee753e4de54e5).

- Valdés, C., y Cristoforone, N. (2023). Revisión descriptiva de las herramientas de detección de depresión puerperal en el primer nivel de atención. *Revista Primer Nivel*, 1(1), 1-8.
- Von Bertalanffy, L., Ashby, W., & Weinberg, G. M. (1987). *Tendencias en la teoría general de los sistemas*. Alianza Editorial.
- Žutić, M. (2023). Biopsychosocial models of peripartum depression: A narrative review. *Clínica y Salud*, 34(2), 91-99. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a16>
- Žutić, M., & Caparros-González, R. A. (2025, julio). *Gender equality and inclusive communication plan: COST Action CA22114 – Maternal perinatal stress and adverse outcomes in the offspring: Maximising infants' development*. Treasure. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22689.31843>.

## ANEXOS

### **Ciclo de talleres de biopsicoeducación para embarazadas**

Cada encuentro tendrá una duración estimada de 90 minutos, en él se prevé una instancia expositiva, actividades vivenciales y espacios de intercambio grupal. La propuesta busca favorecer tanto la adquisición de conocimientos como la reflexión personal y el fortalecimiento de recursos individuales y colectivos para la etapa perinatal.

#### *Taller 1. Bienvenida y presentación*

Objetivo: Presentar el ciclo, generar confianza y fortalecer la cohesión grupal.

Contenidos: Introducción a la PNIE; embarazo como proceso biopsicosocioespiritual.

Actividades: Juego de presentación; mural de expectativas; práctica de respiración consciente.

#### *Taller 2. Cambios biológicos del embarazo*

Objetivo: Reconocer los cambios fisiológicos y hormonales característicos del embarazo.

Contenidos: Adaptaciones corporales; endocrinología del embarazo (función hormonal); sistema inmunológico y su influencia en la adaptación gestacional.

Actividades: Línea de tiempo de cambios corporales; preguntas guiadas; observación corporal: «¿Qué extraño y qué disfruto de mi cuerpo en esta nueva etapa?».

#### *Taller 3. Autocuidado y empoderamiento*

Objetivo: Fomentar la conciencia del autocuidado integral durante el proceso de gestación.

Contenidos: Conductas basales: alimentación, descanso, ejercicio, relajación y eliminación intestinal.

Actividades: Elaboración de un plan personal de autocuidado mediante un calendario.

#### *Taller 4. Estrés, ansiedad y regulación emocional*

Objetivo: Reconocer factores de riesgo, impacto del estrés en el embarazo y estrategias de afrontamiento.

Contenidos: Presentación del eje del estrés y su relación con ansiedad y depresión.

Actividades: Registro de situaciones estresantes; ejercicios de relajación y mindfulness; role playing sobre afrontamiento. Preguntas detonadoras: «¿Qué estoy atravesando hoy?, ¿qué situaciones me atraviesan durante el embarazo?, ¿quién es mi red de contención?».

#### *Taller 5. Vínculo madre-bebé y apego*

Objetivo: Promover la conexión emocional con el bebé intrauterino.

Contenidos: Apego; importancia de la comunicación intrauterina; efectos del estado emocional materno en el feto.

Actividades: Visualización guiada; redacción de una carta al bebé; creación de una lista musical para escuchar durante el embarazo; práctica de yoga para embarazadas.

#### *Taller 6. Red de apoyo y rol de pareja y familia*

Objetivo: Identificar y fortalecer la red de sostén.

Contenidos: Apoyo social como factor protector; corresponsabilidad en la crianza.

Actividades: Dinámica del «círculo de apoyos» o, sociograma personal; debate grupal.

#### *Taller 7. Preparación para el parto y puerperio*

Objetivo: Brindar información y apoyo emocional para el momento del parto y el puerperio.

Contenidos: Dolor y oxitocina; importancia del acompañamiento; cambios emocionales en el puerperio.

Actividades: Ejercicios de calma y autorregulación; intercambio sobre miedos y expectativas.





- Estoy de acuerdo en proporcionar datos y permitir el uso de la información obtenida en el marco de la presente investigación, asegurándose el resguardo de mi identidad y la confidencialidad de los datos.
- Puedo retirarme del estudio en cualquier momento que lo desee, sin necesidad de dar explicaciones, y solicitar la eliminación de mis datos.
- De forma libre y voluntaria otorgo mi consentimiento para participar en este proyecto.
- No recibiré compensación económica ni material por mi participación, pero se me brindará información general sobre los resultados una vez concluida la investigación.

Nombre de la participante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_