

Documento de Transferencia

Jornada sobre Psicología Perinatal

Introducción

El embarazo y la llegada de un nuevo bebé marcan una etapa de cambios y de esperanza para el futuro. Sin embargo, para muchas mujeres se convierte en un período difícil; para un grupo de madres, esta etapa puede verse ensombrecida por problemas psicológicos. En otros casos, la presencia de discapacidad supone un factor que incrementa la complejidad de este periodo, mientras que, en contextos de desigualdad social, la vulnerabilidad se ve igualmente aumentada.

En el año 2014, se publicó en *The Lancet* un Special Issue centrado en la salud mental materna. La introducción a esta serie de trabajos fue toda una declaración de intenciones: «no hay salud sin salud mental perinatal». La salud mental materna importa porque tiene un impacto intergeneracional. Una salud mental adecuada puede influir en el desarrollo y bienestar de los hijos.

Este documento recoge las principales conclusiones y recomendaciones derivadas de las Jornadas de Psicología Perinatal celebradas en el COP-M. A partir de la evidencia científica más reciente, se analizan los principales retos asociados a esta etapa vital.

El objetivo de este decálogo es ofrecer una síntesis clara y rigurosa de los factores que condicionan la salud mental materna, así como señalar líneas de acción orientadas a la prevención, detección temprana e intervención en los problemas psicológicos que pueden surgir durante el período perinatal.

Datos Clave

Sin embargo, y pese a su relevancia, los datos siguen siendo alarmantes. Una revisión sistemática con datos de prevalencia a nivel global (Al-Abri, Edge & Armitage, 2024) indica que la prevalencia media de la depresión prenatal (durante el embarazo) y la depresión posnatal fue del 28,5 % y 27,6 %, respectivamente. Estos valores son aproximadamente un 5 % superiores a la prevalencia anual de depresión en mujeres adultas de la población general (Brody & Hughes, 2025).



En esta misma línea, una reciente revisión sistemática (Ou et al., 2025) sobre ansiedad y depresión comórbidas ha puesto de manifiesto que la prevalencia global durante el período perinatal es de aproximadamente el 9 % (IC del 95 %: 8 %–10 %), alcanzando el 9 % (IC del 95 %: 8 %–11 %) en mujeres embarazadas y el 8 % (IC del 95 %: 7 %–10 %) en el posparto. Estos hallazgos sugieren que aproximadamente 1 de cada 10 mujeres experimenta ansiedad y depresión comórbidas durante el embarazo y el posparto.

Además, se sabe que el estigma asociado a la depresión y otras barreras en la búsqueda de tratamiento (Boyd et al., 2011) contribuyen a que alrededor del 65 % de las mujeres que presentan depresión durante el embarazo no sean diagnosticadas (Ko et al., 2012). Asimismo, una revisión sistemática con metaanálisis (Salari et al., 2024) indica que la prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo perinatal es del 9,1 % (IC del 95 %: 5,2–15,6) durante el embarazo y del 6,2 % (IC del 95 %: 4–9,5) en el posparto.

Frente a estos datos, la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2022) ha publicado una guía basada en la evidencia sobre la atención de calidad en este periodo vital. En ella se destaca la necesidad de crear entornos seguros, respetuosos y libres de estigmatización, donde las mujeres puedan expresar sus dificultades en esta etapa, sin sentir culpa ni soledad emocional por ello. Asimismo, la guía establece la importancia de mejorar la promoción de la salud mental, la identificación de síntomas y la respuesta clínica adaptada al contexto local y cultural.

De manera general, los sistemas de salud evalúan rutinariamente a las mujeres embarazadas para detectar condiciones como el síndrome de Down o la diabetes gestacional, con prevalencias en torno al 3 % (Bennett & Indman, 2016; Yang et al., 2024). Sin embargo, no se incorpora de forma sistemática el cribado de la depresión perinatal, a pesar de que esta presenta una prevalencia cercana al 20 % (Bennett & Indman, 2016; Yang et al., 2024), afectando aproximadamente a una de cada cinco mujeres y con importantes repercusiones cuando no es tratada adecuadamente.

En este sentido, un estudio reciente (Feyissa et al., 2025) ha identificado múltiples obstáculos para la prestación y recepción de servicios de salud mental perinatal, entre los que destacan: la falta de responsabilidad y rendición de cuentas, las limitaciones de recursos e infraestructura institucional, el acceso desigual a la atención sanitaria, la ausencia de marcos políticos específicos, las creencias culturales y percepciones comunitarias, el apoyo limitado de los actores implicados, la escasa práctica de atención compasiva y respetuosa, y, finalmente, una deficiente planificación y coordinación de los servicios.

Colectivos vulnerables: otras maternidades

Las maternidades de mujeres en situación de vulnerabilidad se caracterizan por la presencia de soledad, escasez de redes de apoyo y precariedad socioeconómica. Estas condiciones incrementan los niveles de estrés y dificultan el desarrollo del proceso de maternidad, generando un mayor riesgo de malestar psicológico (Phiri et al., 2023).

La literatura científica ha analizado específicamente las maternidades de mujeres migrantes y mujeres con discapacidad. En este sentido, el trabajo de Ayre et al. (2017) revisa el concepto de maternidades vulnerables, entendidas como aquellas que por diferentes factores sociales, económicos o sanitarios se incrementa el riesgo de exclusión o malestar, y sus principales determinantes.

En relación con las mujeres migrantes, la evidencia muestra una mayor prevalencia de trastornos mentales perinatales en comparación con la población general (Stevenson et al., 2023). Diversos estudios señalan que aproximadamente una de cada cuatro mujeres migrantes embarazadas o en el posparto presenta depresión perinatal, y alrededor de una de cada cinco presenta sintomatología ansiosa. Estas cifras son aún más elevadas en mujeres refugiadas o en contextos de migración forzada, donde el estrés traumático, la inseguridad socioeconómica y la ausencia de redes de apoyo actúan como factores de riesgo relevantes. Estas condiciones se asocian, además, con un mayor riesgo de estrés postraumático y con importantes barreras de acceso a los servicios de salud mental (Fellmeth et al., 2017; Stevenson et al., 2023; Verschuuren et al., 2025).

En el caso de las mujeres con discapacidad, la evidencia en el ámbito de la salud materna indica que constituyen otro grupo especialmente expuesto a desigualdades en la atención perinatal. Entre las principales barreras se encuentran las dificultades físicas y comunicativas, el estigma social, la limitada accesibilidad a servicios especializados y la menor probabilidad de detección precoz de problemas de salud mental. Todo ello contribuye a una mayor vulnerabilidad a la depresión y la ansiedad perinatales, especialmente cuando la discapacidad coexiste con otros factores de riesgo como la pobreza o la exclusión social (Deierlein et al., 2025).

Los contenidos abordados en la mesa redonda pusieron de manifiesto que la salud mental perinatal constituye un periodo de especial vulnerabilidad psicológica, en el que pueden aparecer o agravarse trastornos como la depresión, la ansiedad o el trauma. Se destacó que esta área debe considerarse una prioridad de salud pública por su impacto en la madre, el bebé y el entorno familiar. Asimismo, se subrayó la necesidad de integrar la psicología en los servicios maternoinfantiles, mejorar los recursos disponibles y promover la detección precoz. A partir de

las aportaciones de las especialistas y de la evidencia científica revisada, se elaboró un conjunto de conclusiones que han sido sintetizadas en el siguiente decálogo, con el objetivo de recoger de forma clara y sistemática las principales recomendaciones y líneas de acción derivadas del debate (Howard & Khalifeh, 2020).

DECÁLOGO

1. La maternidad no protege frente al sufrimiento psicológico.

Una idea central de la jornada fue desmontar el mito de que la maternidad, por sí misma, implica bienestar o felicidad. El embarazo, el parto y el posparto pueden ser etapas de especial vulnerabilidad emocional, ambivalencia e incertidumbre, en las que pueden aparecer o agravarse síntomas de depresión, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trauma, duelo o trastornos mentales graves (Gusak et al., 2024).

2. La salud mental perinatal debe ser una prioridad de salud pública.

No se trata de un problema individual ni privado de cada mujer. La salud mental perinatal afecta a la madre, al bebé, a la familia y también al sistema sanitario y social. Intervenir a tiempo reduce sufrimiento, previene dificultades futuras y puede evitar costes sanitarios, sociales y económicos a largo plazo (Pisavadia et al., 2024).

3. La intervención temprana en los primeros 1000 días es una oportunidad única.

Desde la concepción hasta los dos primeros años de vida del bebé se abre una ventana privilegiada para cuidar el desarrollo físico, emocional, vincular y psicológico. Intervenir de manera temprana en este periodo pueden tener un impacto muy relevante en la salud mental de la madre, del bebé y de las siguientes generaciones (Black et al., 2024).

4. La diada madre-bebé debe situarse en el centro de la intervención.

La jornada insistió en que no puede pensarse la salud mental de la madre de manera aislada, ni tampoco el bienestar del bebé separado del contexto emocional y relacional en el que nace. La intervención perinatal debe atender a la madre, al bebé y al vínculo entre ambos, sin olvidar el papel de la familia y del entorno (Bedregal et al., 2023).

5. Es necesario integrar la psicología en los servicios materno-infantiles.

La atención psicológica perinatal no debería quedar al margen de obstetricia, ginecología, neonatología, pediatría o salud mental. Se defendió la importancia de programas integrados en

los hospitales, con psicólogas clínicas presentes en los equipos, participando en la detección, prevención, intervención, coordinación, docencia e investigación (Wilson et al., 2024).

6. Faltan recursos especializados, ratios adecuadas y programas intensivos.

Aunque existen programas valiosos en algunos hospitales, todavía son insuficientes, parciales o dependientes de profesionales concretas. Se destacó la necesidad de ampliar los programas de salud mental perinatal a todos los hospitales, mejorar las ratios profesionales y crear recursos intensivos, especialmente para mujeres con trastorno mental grave, incluyendo unidades madre-bebé, inexistentes actualmente en España (Paricio-del Castillo et al., 2024).

7. La prevención y la detección precoz son imprescindibles.

La jornada subrayó que no basta con intervenir cuando el sufrimiento ya es grave. Es necesario detectar antes, acompañar mejor y ofrecer distintos niveles de atención según las necesidades. Las intervenciones grupales, los programas de seguimiento, el trabajo en neonatología, el apoyo en duelo perinatal y las herramientas de cribado pueden prevenir complicaciones y mejorar la accesibilidad (Yang et al., 2024).

8. La maternidad se vive muchas veces en soledad y necesita comunidad.

Uno de los ejes transversales fue la soledad de las mujeres en la maternidad. Se destacó la importancia de crear redes de apoyo, grupos, recursos comunitarios y espacios seguros donde las madres puedan compartir miedos, dudas, culpa, cansancio y ambivalencia sin ser juzgadas. La salud mental perinatal no se sostiene solo desde la consulta, sino también desde la comunidad (Naughton-Doe et al., 2025).

9. Hay muchas maternidades y muchas formas de vulnerabilidad.

La segunda mesa amplió la mirada hacia otras maternidades: mujeres migrantes, adolescentes, madres solas, mujeres sin recursos, víctimas de violencia, mujeres con discapacidad intelectual, mujeres con dificultades de acceso a la red sanitaria o social, y mujeres atravesadas por múltiples factores de vulnerabilidad. La jornada dejó claro que no existe una única maternidad, sino tantas maternidades como mujeres y contextos (Gusak et al., 2024).

10. La psicología debe defender derechos, dignidad y apoyos sin paternalismo.

Un cierre fundamental fue la necesidad de acompañar sin sustituir, apoyar sin controlar y cuidar sin infantilizar. En especial, en el caso de mujeres con discapacidad intelectual o en contextos de exclusión, la pregunta no debe ser “si pueden ser madres”, sino “qué apoyos necesitan para ejercer su maternidad en condiciones de dignidad, seguridad y derechos”. La



psicología tiene un papel clave en cambiar la mirada, reducir el estigma y construir respuestas más humanas, justas y basadas en la evidencia (Powell et al., 2022) .

Mensaje final

La jornada dejó una idea principal: cuidar la salud mental perinatal es cuidar a las mujeres, a los bebés, a las familias y a la sociedad. La maternidad no inmuniza frente al sufrimiento; puede ser una etapa de enorme vulnerabilidad, pero también una ventana única de prevención e intervención. Para responder adecuadamente necesitamos psicología integrada en los servicios sanitarios, recursos suficientes, trabajo comunitario, mirada de derechos y sensibilidad hacia todas las maternidades, especialmente aquellas atravesadas por soledad, pobreza, violencia, discapacidad o exclusión. Tal y como ha indicado Feyissa et al (2025) las estrategias propuestas para facilitar esta integración deberían incluir la sensibilización y concienciación, el fortalecimiento de capacidades, el desarrollo de guías y listas de verificación, y la implicación de los distintos actores interesados. Garantizar la atención psicológica perinatal basada en la evidencia debe constituir una prioridad estratégica de los sistemas sanitarios y de las políticas públicas dirigidas a la infancia y las familias.

Referencias

- Ayre, K. y Khalifeh, H. (2017). Immigrant women and women with learning disabilities have complex mental health needs and service use in the perinatal period. *Evidence-Based Mental Health*, 20(2), 55–57. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102607>
- Bennett, S. S. y Indman, P. (2016). *Más allá de la melancolía: Una guía para comprender y tratar la depresión y la ansiedad prenatal y posparto*. Untreed Reads Publishing.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E. y Grantham-McGregor, S. (2024). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 8(1), 75–89.
- Boyd, R. C., Mogul, M., Newman, D. y Coyne, J. C. (2011). Screening and referral for postpartum depression among low-income women: A qualitative perspective from community health

- workers. *Depression Research and Treatment*, 2011, Article 320605.
<https://doi.org/10.1155/2011/320605>
- Bedregal, P., Lermenda, V., Sierra, R. y Viviani, P. (2023). *Risk factors associated with higher scores in internalizing and externalizing behaviors in Chilean preschoolers*. *Infant Mental Health Journal*, 44(5), 663–678. <https://doi.org/10.1002/imhj.22082>
- Brody, D. J. y Hughes, J. P. (2025, April). *Depression prevalence in adolescents and adults: United States, August 2021–August 2023* (NCHS Data Brief No. 527). National Center for Health Statistics. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db527.htm>
- Deierlein, A. L., Brown, H. K., Horner-Johnson, W., Tarasoff, L. A., Mitra, M. y Clements, K. M. (2025). Mental health outcomes across the reproductive life course among women with disabilities: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 28, 1–18.
<https://doi.org/10.1007/s00737-024-01506-5>
- Fellmeth, G., Fazel, M. y Plugge, E. (2017). Migration and perinatal mental health in women from low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(5), 742–752.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.14184>
- Feyissa, G. T., Pouget, E. R., Kitila, S. B., Terfa, Y. B. y Wong, T. (2025). Integrating mental health services into perinatal care: Challenges and opportunities. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 4317–4339. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S536732>
- Gusak, N., Kendall, S. y Nizalova, O. (2024). Understanding of perinatal mental health and its psychosocial determinants through Ukrainian women's experience. *European Journal of Midwifery*, 8(29), Artículo 29. <https://doi.org/10.18332/ejm/188194>
- Howard, L. M. y Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(3), 313–327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
- Ko, J. Y., Farr, S. L., Dietz, P. M. y Robbins, C. L. (2012). Depression and treatment among U.S. pregnant and nonpregnant women of reproductive age, 2005–2009. *Journal of Women's Health*, 21(8), 830–836. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.3466>
- Naughton-Doe R, Nowland R, Tierney S, Webber M, Wittkowski A. (2025). Interventions that prevent or reduce perinatal loneliness and its proximal determinants: a restricted scoping review. *BMC Public Health*, 25(495), 1-33. <https://doi.org/49510.1186/s12889-024-20788-z>

- Ou, L., Shen, Q., Xiao, M., Wang, W., He, T. y Wang, B. (2025). Prevalence of co-morbid anxiety and depression in pregnancy and postpartum: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 55, Artículo e84. <https://doi.org/10.1017/S0033291725000601>
- Paricio-del Castillo, Rocío, Díaz-de Neira-Hernando, Mónica y Cano-Linares, María de los Ángeles. (2024). Derechos humanos en la atención a la salud materno-infantil: la integración de la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(146), 19-41. Epub 07 de febrero de 2025.
- Phiri, T. M., Moyo, E., Moyo, P. y Sikweyiya, Y. (2023). Perspectives about social support among unmarried pregnant university students in South Africa. *PLOS ONE*, 18(5), Artículo e0284906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284906>
- Pisavadia, K., Spencer, L. H., Tuersley, L., Coates, R., Ayers, S. y Edwards, R. T. (2024). Health economic evaluations of preventative care for perinatal anxiety and associated disorders: a rapid review. *BMJ open*, 14(2), Artículo e068941. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068941>
- Powell, R. (2022). Disability reproductive justice. *University of Pennsylvania Law Review*, 170(7), 1851–1905.
- Stevenson, K., Fellmeth, G., Edwards, S., Calvert, C., Bennett, P., Campbell, O. M. R. y Fuhr, D. C. (2023). The global burden of perinatal common mental health disorders and substance use among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public health*, 8(3), e203–e216. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00342-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00342-5)
- Verschuuren, A. E. H., Soldati, E., Stekelenburg, J., Jong, E. I. F. y Postma, I. R. (2025). Screening instruments for antenatal and postpartum mental health disorders in migrant women: a systematic review. *Archives of women's mental health*, 28(2), 219–244. <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01552-z>
- Wilson, C. A., Dalton, H., Middleton, J., Howard, L. M. y Khalifeh, H. (2024). Access to mental health care for perinatal populations. *Journal of Psychiatric Research*, 177, 188–196. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.03.020>
- World Health Organization. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>



Yang, Y., Wang, T., Wang, D., Liu, M., Lun, S., Ma, S. y Yin, J. (2024). Gaps between current practice in perinatal depression screening and guideline recommendations: *A systematic review*. *General Hospital Psychiatry*, 89, 41–48.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2024.04.011>

El presente informe ha sido elaborado por **María F. Rodríguez-Muñoz** (UNED), con la inestimable colaboración de **Lucía Halty** (Universidad Pontificia de Comillas), **María Provencio** (UNED) y **María Dolores Salmerón** (UDIMA).