



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Psicología

La invisibilización de la salud mental en el embarazo y el postparto: Una revisión sistemática sobre los factores de desatención y sus implicaciones psicosociales

Trabajo fin de estudio presentado por:	Jennifer Iglesias Navas
Modalidad:	Revisión sistemática
Director/a:	Dr. Jacinto Azcárate Serrano
Fecha:	25/06/2025

Resumen

Esta revisión sistemática analiza los factores que contribuyen a la invisibilización de la salud mental perinatal, a pesar de que los trastornos mentales perinatales afectan al 10-20% de las mujeres durante su periodo perinatal y de sus implicaciones sociales. Se revisaron 12 estudios internacionales recientes. Los resultados revelan barreras estructurales persistentes, como la falta de recursos especializados, escasa formación profesional y ausencia de protocolos integrados. Además, factores socioculturales como el estigma y los mandatos sobre la maternidad dificultan la expresión del malestar emocional y la búsqueda de ayuda. El impacto trasciende los síntomas clínicos, afectando la dinámica familiar y la economía. Modelos integrados basados en evidencia, como PRISM y ForWhen, muestran eficacia para superar estos desafíos. Se subraya la urgencia de reformas sanitarias y políticas con perspectiva de género y cambios culturales para garantizar una atención mental perinatal oportuna, accesible y empática.

Palabras clave: Salud mental perinatal, periodo perinatal, barreras, estigma, invisibilidad.

Abstract

This systematic review examines factors contributing to the invisibility of perinatal mental health, despite the fact that perinatal mental disorders affect 10-20per cent of women during their perinatal period and their social implications. Twelve recent international studies have been reviewed. The results reveal persistent structural barriers, such as lack of specialised resources, poor professional training and lack of integrated protocols. In addition, socio-cultural factors such as stigma and mandates about motherhood make it difficult to express emotional distress and seek help. The impact transcends clinical symptoms, affecting family dynamics and the economy. Evidence-bases integrated models, such as PRISM and ForWhen, show effectiveness in overcoming these challenges. It highlights the urgency of gender-sensitive and policy reforms and cultural changes to ensure timely, accessible, and empathetic perinatal mental health care.

Keywords: Perinatal mental health, perinatal period, barriers, stigma, invisibility.

Índice de contenidos

1.	Introducción	8
1.1.	Trastornos mentales más comunes en el embarazo y el postparto	8
1.1.1.	Durante el embarazo	8
1.1.2.	Durante el postparto.....	10
1.2.	Planteamiento del problema	10
2.	Justificación	14
2.1.	Justificación científica	14
2.2.	Justificación social.....	14
2.3.	Justificación práctica	15
3.	Objetivos	16
3.1.	Objetivo general	16
3.2.	Objetivos específicos	16
4.	Marco metodológico	16
4.1.	Estrategia de búsqueda.....	17
4.2.	Criterios de inclusión/exclusión	17
4.3.	Extracción de datos.....	18
4.4.	Diagrama de flujo.....	18
5.	Resultados	21
5.1.	Barreras institucionales que limitan el acceso al diagnóstico y al tratamiento ...	27
5.2.	Factores socioculturales: estigma, roles de género y narrativas de la maternidad	27
5.3.	Impacto tangible en salud materna, desarrollo infantil y economía familiar	28

5.4.	Propuestas basadas en evidencia para una atención integral	29
6.	Discusión.....	30
7.	Conclusiones.....	33
7.1.	Limitaciones	35
7.2.	Prospectiva	35
	Referencias.....	37

Índice de tablas

Tabla 1	<i>Principales trastornos mentales durante el embarazo y postparto</i>	8
Tabla 2	<i>Principales síntomas ansiedad gestacional</i>	9
Tabla 3	<i>Principales síntomas depresión gestacional</i>	9
Tabla 4	<i>Prevalencia de depresión postparto</i>	11
Tabla 5	<i>Características de los estudios seleccionados</i>	22

Índice de figuras

Figura 1 <i>Diagrama de flujo</i>	20
---	----

1. Introducción

El periodo perinatal —que abarca tanto el embarazo como los doce primeros meses postparto— constituye una etapa de transformación profunda en la vida de las mujeres, marcada por cambios fisiológicos, hormonales y psicosociales que incrementan su vulnerabilidad a sufrir ciertos trastornos mentales. Estudios de neuroimagen han evidenciado cómo las hormonas que son liberadas durante este proceso modifican de forma estructural el cerebro de la mujer gestante, haciéndola durante esta etapa más proclive a desarrollar trastornos mentales como la ansiedad y/o la depresión (Calcagni et al., 2021). Además, esta etapa, como muchas otras etapas de la vida de una mujer, supone un gran desafío y, en ocasiones, la mujer no dispone de los recursos necesarios para hacerle frente, pudiendo esto desencadenar la aparición de esas alteraciones mentales (Gómez-Reyna y Valdivieso-López, 2022). A continuación, se abordarán los principales trastornos mentales que pueden aparecer durante esta etapa, prestando atención a los síntomas principales, factores de riesgo y consecuencias psicosociales.

1.1. Trastornos mentales más comunes en el embarazo y el postparto

Tabla 1

Principales trastornos mentales durante el embarazo y postparto

Durante el embarazo	Durante el postparto
Ansiedad gestacional	Tristeza postparto
Depresión gestacional	Depresión postparto
	Psicosis postparto

Fuente: Elaboración propia.

1.1.1. Durante el embarazo

Durante el periodo gestacional la mujer puede experimentar miedos, inseguridades y preocupaciones sobre el proceso del embarazo, el desarrollo del parto o la salud propia o del feto entre otras. Si a esto se suman factores de riesgo como: un embarazo no deseado, de riesgo, situación social o económica no favorable o alteraciones en resultados de cribados del primer trimestre de embarazo, el resultado puede ser la aparición de ansiedad gestacional (Azúa y Carvajal, 2024). Concretamente se observa este tipo de ansiedad entre un 15-25% de

las embarazadas, y hasta en un 60% de las mujeres que padecen depresión gestacional (Osma-Zambrano et al., 2019). La manifestación de este tipo de ansiedad no difiere de la que pueda presentar cualquier persona en otra etapa vital, no obstante, la diferencia radica en que el bienestar afectado y las consecuencias a corto y largo plazo serán tanto para la madre gestante como para el feto.

Tabla 2

Principales síntomas ansiedad gestacional.

Síntomas psicológicos	Síntomas físicos
Pensamientos obsesivos	Frecuencia cardíaca acelerada
Preocupaciones excesivas	Palpitaciones
Problemas para concentrarse	Tensión muscular
Cambios de humor	Sudoración excesiva
Sensación de falta de energía	Alteraciones del sueño y/o del apetito

Fuente: Azúa y Carvajal, 2024.

Durante esta etapa puede tener lugar la aparición de síntomas como: ánimo deprimido, tristeza, alteraciones de sueño y/o apetito, anhedonia, siendo estos más frecuentes durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (Osma-Zambrano et al., 2019). En esta etapa cobra especial importancia prestar atención a estos síntomas, pues alguno de ellos puede ser atribuido al propio proceso del embarazo y enmascarar de esta forma una posible depresión gestacional o antenatal. Del mismo modo, es conveniente descartar causas de origen orgánico, que puedan provocar alguno de estos síntomas. Si una mujer experimenta un episodio depresivo durante el embarazo las probabilidades de que desarrolle una depresión postparto se sitúan en el 50% (Krauskopf &Valenzuela, 2020).

Tabla 3

Principales síntomas depresión gestacional

Síntomas psicológicos	Síntomas físicos
Alteración del estado de ánimo	Alteración en el sueño
Anhedonia	Alteración en el apetito
Labilidad emocional	Irritabilidad
Falta de energía	

Fuente: Krauskopf & Valenzuela, 2020.

1.1.2. Durante el postparto

Entre un 50% y un 80% de las mujeres que han dado a luz presentan la conocida como tristeza postparto o coloquialmente llamada "babyblues". Se caracteriza por un estado anímico alterado, irritabilidad, llanto frecuente y tristeza (Santiago et al., 2022) consecuencia de los cambios a nivel hormonal, psicológico y social experimentados tras el parto. Estos síntomas tienden a aparecer aproximadamente entre los dos y los cuatro días tras el parto, con una duración de entre dos y tres semanas (Malpartida, 2020). Es necesario prestar atención a estos síntomas ya que actúan como predictor de una potencial depresión postparto (Santiago et al., 2022).

En el periodo comprendido entre el parto y las cuatro semanas posteriores a este, puede manifestarse la depresión postparto, del mismo modo que lo hacía la depresión gestacional. No obstante, se ha observado que puede ocurrir hasta un año después del parto (Antúñez et al., 2022). Es vital detectar los signos de alarma y la aparición inicial de síntomas.

Dentro de este grupo es importante no obviar la psicosis postparto (PPP), también conocida como psicosis puerperal. Que, pese a que no es un trastorno bastante común, ya que se encuentra presente entre uno o dos de cada 1000 partos, sí es un trastorno grave, y por eso esencial tenerlo en cuenta. En el ámbito sanitario es considerada una urgencia psiquiátrica en la que la detección es primordial para prevenir daños tanto en la madre como en el recién nacido. Presenta un inicio súbito generalmente en torno a la segunda semana tras el parto en la cual aparecen síntomas como insomnio, ansiedad, alteraciones anímicas, dando paso a continuación a alteraciones conductuales, comportamiento hostil, confusión, incluso alucinaciones o delirios que pueden poner en peligro tanto la vida de la madre como del recién nacido (Santiago et al., 2022).

1.2. Planteamiento del problema

Investigaciones multicéntricas recientes muestran una alta prevalencia de trastornos mentales perinatales —depresión, ansiedad y psicosis— en gestantes y púerperas a nivel global, que oscila entre el 18% y el 25% (Fisher et al., 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Resultados similares han sido los obtenidos en América Latina con un 16-25% (Barrientos y Narea, 2024) así como en EE. UU. con una prevalencia de una de cada cinco mujeres (Zimmermann et al., 2024). Sin embargo, en contextos de conflicto o migración

forzada, las cifras aumentan considerablemente, alcanzando entre el 19-31% (Stevenson et al., 2023). Las prevalencias observadas en zonas de Asia como en China oscilan entre el 15-19% (He et al., 2024), no obstante, las cifras son bastante superiores en países en vías de desarrollo, como por ejemplo Vietnam, dónde llegan hasta el 39.9% (Thi et al., 2024). En España, la prevalencia durante el periodo prenatal se sitúa en el 15%, subiendo hasta el 27% durante el periodo postnatal (Cuellar-Flores et al., 2024). Respecto a la depresión postparto, los datos reflejan las siguientes cifras de prevalencia:

Tabla 4

Prevalencia de depresión postparto.

Territorio analizado	Porcentaje de prevalencia
Mundial	18-20%
EE. UU.	11,7-20,4%
América del sur	20,7%
África	13,2%
Europa	6,1-16,8%
España	6-8%

Fuente: Antúñez et al., 2022.

A pesar de esta alta incidencia, la salud mental perinatal enfrenta una crisis de invisibilización sistémica. Esta crisis se manifiesta en:

1. Detección insuficiente: Existe una contradicción crítica entre la evidencia científica sobre la importancia de la salud mental perinatal y su desatención en políticas y prácticas clínicas. Una brecha que se expresa principalmente a través de tres dimensiones interconectadas:

- Fallas estructurales: Los datos muestran que sólo el 12% de los países de bajos ingresos incluyen entre sus programas de atención primaria cribados de evaluación de la salud mental en atención prenatal (Global Health Observatory, 2023). En Latinoamérica, sólo el 32% de los sistemas de salud incluyen evaluaciones de salud mental perinatal, dando prioridad a otras condiciones médicas menos prevalentes, como la diabetes (7-12%) y priorizando los riesgos físicos sobre los psicológicos en controles prenatales (Navarrete et al., 2022). A pesar de que existe evidencia de los efectos positivos sobre la depresión perinatal de las intervenciones

integradas, estas no son aplicadas de forma rutinaria en la atención sanitaria perinatal (Alysha-leigh et al., 2023). Además, se observa una formación insuficiente en esta área, de manera que la mayoría de los profesionales de obstetricia reportan carecer de capacitación para identificar síntomas, así como no realizan detección de rutina del estado emocional (Navarrete et al., 2022).

- Barreras socioculturales: En países como India, Bangladesh y Pakistán, los profesionales sanitarios consideran que la salud mental prenatal no es un problema real (Insan et al., 2022). Otra barrera encontrada es la ausencia de una atención psicológica clínica específica para el período perinatal, como por ejemplo en España donde las unidades carecen de este servicio (Cuellas-Flores et al., 2024). Además, el 43.5% de las mujeres ocultan los síntomas por miedo y estigma y evitan acudir a buscar ayuda profesional, reduciendo las probabilidades de una detección temprana (Thi et al., 2024).

- Determinantes sociales: La pobreza, la violencia de género y la falta de educación sexual multiplican el riesgo (Blebu et al., 2024), no obstante, sólo el 0,5% del presupuesto global se destina a la salud mental materna (OMS, 2021).

2. Desigualdad en el acceso: Actualmente se evidencian disparidades alarmantes, reflejadas en una desatención estructural y notables diferencias en la cobertura terapéutica. De modo que, mientras que en Norteamérica el 25% de los casos reciben tratamiento (Zimmermann et al., 2024), en algunos países del África subsahariana sólo el 4.2% de estas mujeres lo reciben (Abajobir et al., 2025). Esta brecha refleja una jerarquización de la atención médica donde condiciones obstétricas con menor prevalencia global —como la preeclampsia con una prevalencia de entorno al 5-8%— disponen de protocolos estandarizados, mientras los trastornos mentales perinatales carecen de priorización en el 78% de los sistemas de salud evaluados (Global Health Observatory, 2023).

3. Consecuencias graves: Las consecuencias derivadas de la depresión y la ansiedad perinatal materna tienen impacto en la mujer gestante, en el recién nacido, en la dinámica familiar y también se manifiesta con un incremento de los gastos económicos sociales. Según el Perinatal Wellbeing Centre (2022) las pérdidas por productividad asociadas en Australia alcanzan los 643 millones de dólares, concretamente, el suicidio perinatal representa la segunda causa de muerte materna en 16 países en el primer año postparto (OMS, 2025). Además, la depresión perinatal materna se ha relacionado con parto prematuro, muerte del

recién nacido, problemas escolares, de regulación emocional y conductual, presencia de apego madre-hijo inseguro (Hernández y Aseguinolaza, 2021).

Además, la depresión perinatal se asocia a un mayor riesgo de retrasos en el desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje (Martucci et al., 2021). Investigaciones cualitativas han mostrado como el ámbito sociocultural agrava esta problemática, revelando que un gran número de las mujeres ocultan síntomas por miedo a ser estigmatizadas como "malas madres" (Law et al., 2021), mientras la medicalización del postparto centrada en lo biológico margina el componente psicológico (Scott & Davis, 2022).

Pese a la gran evidencia acumulada, aún persisten vacíos críticos, como la presencia de estudios fragmentados que se centran en analizar factores aislados y no poseen una perspectiva integradora, la subrepresentación de poblaciones latinoamericanas en revisiones globales y la escasa articulación entre los hallazgos científicos y las políticas públicas actuales. A pesar del sólido cuerpo de evidencia sobre la alta prevalencia de trastornos mentales perinatales —que afectan a una de cada cinco mujeres a nivel global (OMS, 2023)— y sus graves consecuencias psicosociales, persiste una brecha crítica entre el conocimiento científico y su traducción en políticas y prácticas clínicas efectivas. Esta desconexión se manifiesta en realidades paradójicas: mientras condiciones, como por ejemplo la diabetes gestacional que presenta entre un 7 y un 12% de prevalencia, reciben protocolos estandarizados de cribado, la depresión perinatal, cuya prevalencia alcanza cifras de entre un 15-25%, sigue sin integrarse sistemáticamente en los controles prenatales (Rohr et al., 2023).

Ante esta realidad surge un interrogante central que guía esta revisión: ¿Por qué, a pesar de su elevada frecuencia e impacto demostrado, la salud mental perinatal permanece invisibilizada en los sistemas de salud y qué factores explican esta contradicción? Esta revisión busca identificar cuáles son los factores clave (clínicos, sociales y políticos) que perpetúan esta invisibilización, así como, evaluar sus consecuencias y el efecto en el bienestar psicosocial de las mujeres, sus familias y la sociedad de esta desatención. Además de desvelar los principales mecanismos de exclusión estructural y proveer un marco para intervenciones y estrategias basadas en la evidencia que prioricen el bienestar integral de las mujeres y que se puedan integrar en los diferentes sistemas de salud actuales.

2. Justificación

La salud mental perinatal —durante el embarazo y el postparto— constituye un pilar fundamental del bienestar materno-infantil, con implicaciones directas en la calidad de vida de las mujeres, el desarrollo psicológico del bebé y el vínculo temprano madre-hijo/a. Sin embargo, a pesar de su relevancia, continúa siendo relegada tanto en los sistemas de salud como en la conciencia social. Trastornos como la depresión posparto (10–20%) o la ansiedad perinatal (15–25%) presentan una alta prevalencia (OMS, 2023), pero siguen siendo invisibilizados o tratados de forma fragmentaria. Llegando en países subdesarrollados a alcanzar cifras de subdiagnóstico de hasta el 82.3% (Faisal-Cury et al., 2021). Esta revisión sistemática se justifica en tres dimensiones complementarias: científica, social y práctica, con el objetivo de abordar críticamente los mecanismos que perpetúan dicha invisibilización y proponer soluciones con impacto real.

2.1. Justificación científica

La literatura actual refleja una fuerte fragmentación en el abordaje de los trastornos mentales perinatales. Si bien abundan estudios sobre patologías específicas como la depresión posparto, existe un déficit de investigaciones que: integren factores estructurales como el enfoque biomédico dominante, que prioriza lo físico sobre lo psicológico; que analicen comparativamente contextos subrepresentados, especialmente en Latinoamérica y países de bajos ingresos, donde el acceso al tratamiento no supera el 15% (Fisher et al., 2022) y que vinculen los hallazgos con propuestas de intervención. De hecho, en países de bajos y medios ingresos, menos del 50% de los estudios incluyen una intervención, sino que son estudios que se limitan a describir el problema (Al-Abri et al., 2023). Esta revisión busca cubrir ese vacío mediante un enfoque sintético, interdisciplinar y actualizado, priorizando estudios recientes (últimos 5 años) que incluyan determinantes sociales como la pobreza, la violencia de género o la falta de formación profesional.

2.2. Justificación social

La desatención de la salud mental perinatal tiene consecuencias devastadoras que trascienden el plano individual. Se relaciona a la misma con la cronificación de los trastornos mentales maternos, aumento del riesgo suicida (principal causa de muerte materna en Francia durante el primer año postparto) (Deneux-Tharaux et al., 2024), alteraciones del vínculo

madre-hijo con impacto en el desarrollo cognitivo y emocional de los niños (Deneault et al., 2023), inequidades de género al normalizar el malestar psicológico como una parte "natural" de la maternidad, altos porcentajes de subdiagnóstico, de hasta el 82.3% según Faisal-Cury et al. (2021), siendo aún superior en poblaciones vulnerables, como mujeres migrantes o minorías étnicas. Además, en EE. UU en un estudio realizado en mujeres cirujanas, el 63.7% reportaron sentir discriminación laboral, lo que incurre en un mayor riesgo de depresión postparto (Castillo-Ángeles et al., 2022).

Al visibilizar estas implicaciones, esta investigación se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible planteados por la Organización de las Naciones Unidas (2015), en especial el ODS 3 (Salud y bienestar) y el ODS 5 (Igualdad de género), y aporta insumos útiles para la defensa de los derechos reproductivos.

2.3. Justificación práctica

Desde una perspectiva aplicada, los hallazgos de esta revisión podrán mejorar los protocolos clínicos, como la implementación del cribado universal en salud mental perinatal, fortalecer la formación profesional, con enfoque en psicología perinatal y sensibilización del personal sanitario, optimizar recursos sanitarios, dado que intervenciones basadas en evidencia podrían ahorrar hasta 14.000 millones de dólares anuales en pérdidas económicas asociadas (Luca te al., 2020), promover campañas públicas, como "No es normal sentirse mal", que contribuyan a combatir el estigma y a empoderar a las mujeres. Además, al incluir datos comparativos, este trabajo permitirá identificar patrones comunes y buenas prácticas replicables en distintos contextos, lo cual favorece la construcción de estrategias multinivel (clínicas, comunitarias y políticas).

La salud mental perinatal no solo es un problema sanitario, sino una cuestión de justicia social y derechos humanos. Esta revisión pretende no solo sintetizar la evidencia existente, sino también proponer líneas de acción concretas que impulsen un cambio real en la atención, el acompañamiento y la visibilidad de la salud mental materna. Así, este trabajo aspira a contribuir desde la psicología a una transformación estructural, interseccional y con enfoque de género.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Frente a esta paradoja entre alta prevalencia y desatención sistémica —donde condiciones como la depresión perinatal, que afecta entre el 18% y 25% de las mujeres en países de todos los niveles de ingreso (Fisher et al., 2022), reciben una respuesta fragmentada en los sistemas de salud—, esta revisión sistemática tiene como objetivo general identificar y analizar los factores multinivel que perpetúan esta invisibilización, así como sus consecuencias psicosociales documentadas entre 2019-2024.

3.2. Objetivos específicos

Para alcanzar este objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Mapear las barreras institucionales que limitan el acceso a diagnóstico y tratamiento en países de medianos/bajos ingresos.
- Sistematizar el peso de factores socioculturales como el estigma y los roles de género en esta negligencia.
- Evaluar el impacto tangible en salud materna, desarrollo infantil y economía familiar.
- Proponer un marco integrador que transforme la evidencia en acciones concretas.

Estos objetivos no solo responden al interrogante central sobre los mecanismos de exclusión, sino que priorizan la generación de conocimiento aplicable para revertir esta crisis de salud pública.

4. Marco metodológico

Una vez establecidas las bases teóricas que fundamentan esta revisión sistemática, se procede a especificar el procedimiento llevado a cabo durante la búsqueda bibliográfica, mediante la cual se realizó la selección y descarte de artículos, especificando los criterios de inclusión y exclusión. Para esta revisión, se siguieron de forma rigurosa las directrices marcadas por el protocolo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), lo que garantiza que tanto la selección como la evaluación de los artículos se haya realizado de forma transparente y sistemática (Page et al., 2020).

4.1. Estrategia de búsqueda

El presente trabajo es una revisión sistemática. Para su realización, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en cuatro bases de datos: Pubmed, Dialnet, Scopus y PsycINFO. Estas bases se seleccionaron por ofrecer una cobertura complementaria desde enfoques biomédicos, psicosociales, multidisciplinarios y culturales, aportando un enfoque amplio y reforzando la validez de esta revisión. El rango temporal de búsqueda se estableció entre 2019 y 2024, aceptando únicamente artículos publicados en inglés o español.

En cuanto a las palabras clave utilizadas, aunque se pretendía emplear términos MeSh específicos, se constató que algunos conceptos clave para esta revisión no contaban con dicha terminología. Por ello, se optó por una estrategia combinada que incluyó el uso de términos libres, seleccionados por su uso frecuente y relevancia temática en la literatura científica.

En las bases de datos Pubmed, Scopus y PsycINFO se utilizaron los siguientes términos en inglés: “perinatal mental health”, “maternal mental health”, “pregnancy”, “postpartum”, “barriers”, “access to care”, “stigma” e “invisibility”. Estos se combinaron mediante los operadores booleanos AND y OR, resultando en la siguiente cadena de búsqueda:

((“perinatal mental health” OR “maternal mental health”) AND (“pregnancy” OR “postpartum”) AND (“barriers” OR “access to care” OR “stigma” OR “invisibility”)).

Para Dialnet, se usó una traducción adaptada en español: “salud mental perinatal”, “salud mental materna”, “embarazo”, “posparto”, “barreras”, “acceso a la atención”, “estigma” e “invisibilidad”. Sin embargo, no se encontraron estudios que cumplieran con los criterios de inclusión. Considerando la pertinencia de incluir artículos en contextos hispanohablantes, se realizó una búsqueda adicional más general con el término: “salud mental perinatal”.

4.2. Criterios de inclusión/exclusión

Para seleccionar los artículos más relevantes, se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Antigüedad del artículo no superior a cinco años (2019-2024).
- Acceso completo y gratuito al texto.
- Publicación en idioma inglés o español.
- Estudios centrados en población humana.
- Estudios realizados en mujeres en etapa perinatal (embarazo, parto y/o postparto).

- Participantes con edad igual o superior a 19 años.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos con una antigüedad superior a cinco años.
- Artículos sin acceso completo al texto o con acceso restringido mediante pago.
- Artículos en idiomas distintos del inglés o el español.
- Estudios realizados en animales.
- Estudios con población masculina.
- Estudios con participantes menores de 19 años o en los que no se especifica la edad.
- Estudios que no se centran específicamente en la etapa perinatal o en la salud mental en este período.
- Estudios que no fueran investigaciones originales (por ejemplo, revisiones sistemáticas, metaanálisis o revisiones narrativas).

4.3. Extracción de datos

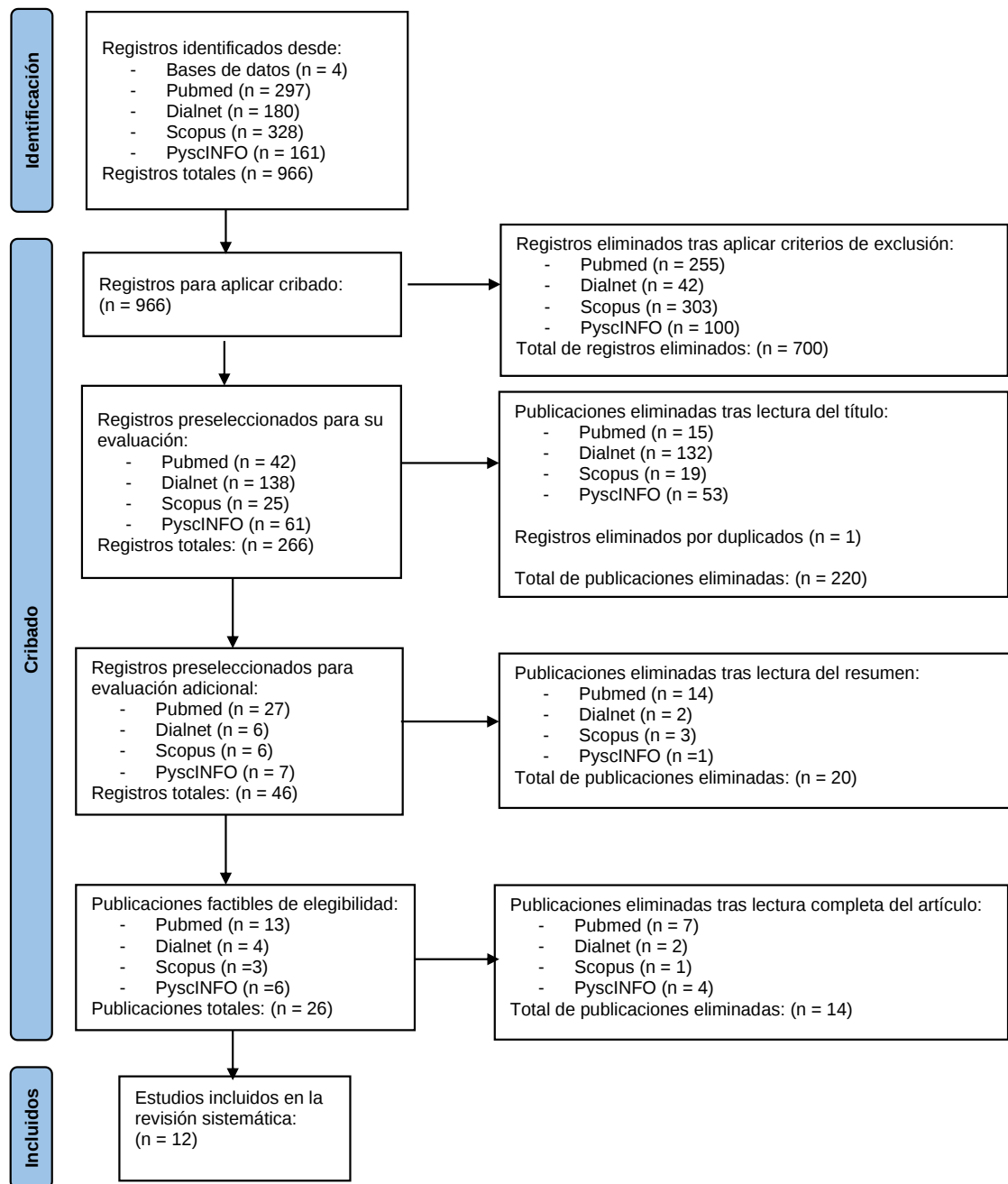
El primer paso para obtener los artículos consistió en ejecutar el algoritmo de búsqueda en las cuatro bases de datos seleccionadas (Pubmed, Dialnet, Scopus y PsycINFO). A continuación, se aplicaron los filtros correspondientes a los criterios de exclusión e inclusión. Siguiendo los pasos marcados por la declaración PRISMA, se procedió a una lectura inicial de los títulos, descartando aquellos que no guardasen relación con el objeto de estudio. Luego, se organizaron los artículos en cuatro carpetas (una por cada base de datos) en la aplicación Mendeley, se importaron los artículos y se eliminaron los duplicados. Posteriormente, se llevó a cabo una lectura de los resúmenes, seguida de una lectura completa de los artículos seleccionados, lo que permitió establecer la muestra final (Page et al., 2020).

4.4. Diagrama de flujo

En la figura 1 se representa de forma esquemática y gráfica el proceso de selección de los artículos siguiendo las directrices del diagrama PRISMA 2020. La búsqueda inicial arrojó un total de 966 registros: Pubmed (297), Dialnet (180), Scopus (328) y PsycINFO (161). Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron 266 artículos. Luego de la lectura del título se identificaron 46 artículos relevantes. Se eliminó un artículo duplicado y, tras la lectura de los resúmenes, se redujo la muestra a 26 artículos. Finalmente, tras la lectura

completa, y priorizando estudios más recientes, rigurosos y metodológicamente diversos, se seleccionaron 12 artículos para el análisis final.

En el cribado final, y tras la lectura completa de los artículos se priorizó a los estudios más recientes y de mayor calidad, así como que la muestra tuviese una diversidad metodológica y una diversidad geográfica. El resultado de artículos seleccionados es de 12. Esta muestra representa distintas regiones y metodologías, permitiendo abordar el interrogante central de esta revisión desde un enfoque internacional y multicultural y transversal a los distintos contextos.

Figura 1*Diagrama de flujo*

Fuente: Page et al., 2020.

5. Resultados

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 12 artículos publicados entre 2019 y 2024, procedentes de cuatro bases de datos (Pubmed, Dialnet, Scopus y PsycINFO). Esta selección incluye investigaciones realizadas en diversos contextos del ámbito geográfico — España, Reino Unido, Canadá, India, Ghana, Vietnam, Australia, China y Estados Unidos —que, mediante enfoques de tipo cualitativo, cuantitativo y mixtos, han permitido obtener una visión global, comparativa y crítica sobre la invisibilización de la salud mental perinatal. Las características de los 12 estudios han sido reflejadas en la Tabla 5.

Tabla 5*Características de los estudios seleccionados*

N. º	Autor/a (año)	Título del estudio	País / Contexto	Objetivo	Diseño metodológico	Muestra / Población	Variables o factores analizados	Resultados clave	Tipo de barrera / invisibilización
1	He et al., (2024)	Non-biological factors associated with postpartum depression among women in Shenzhen: a case-control study	Shenzhen, China	Identificar factores no biológicos asociados a la depresión postparto (DPP)	Estudio de casos y controles, cuantitativo retrospectivo	503 mujeres postparto (430 sanas vs. 73 con DPP)	Edad, convivencia con suegros, tipo de lactancia, depresión/ansiedad prenatal, eventos adversos	Juventud como factor protector, convivencia con suegros, lactancia con biberón, ansiedad y depresión prenatales asociadas a mayor riesgo	Psicosocial: invisibilización cultural, normas familiares
2	Ayres et al., (2019)	Engagement with perinatal mental health services: a cross-sectional questionnaire survey.	Queensland, Australia	Identificar barreras y facilitadores para acceder a servicios de salud	Estudio transversal con cuestionario	218 mujeres embarazadas encuestadas	Conocimiento, cribado, tiempo, apoyo familiar, estigma	38% no conocían su salud mental, 14.7% no fueron entrevistadas sobre salud mental; solo el 37% de las que fueron derivadas aceptaron consulta y el 40% asistió. Factores clave: tiempo, cuidado infantil, apoyo familiar/profesional. Estigma no fue un factor identificable	Estructural (tiempo, logística) y relacional (falta de cribado sistemático)

3	Ford et al., (2019)	Understanding barriers to women seeking and receiving help for perinatal mental health problems in UK general practice: development of a questionnaire	Reino Unido	Desarrollar y pilotar un cuestionario para cuantificar las barreras y facilitadores en la divulgación de malestar perinatal.	Estudio transversal con cuestionario	71 mujeres perinatales asistentes a atención primaria	Estigma, miedo, logística, apoyo familiar y reacción médica	Las barreras que puntuaron más alto fueron miedo y estigma; logística (tiempo, transporte) también fue relevante. El apoyo familiar y la actitud del médico puntuaron bajo	Psicosocial (miedo y estigma) y estructural (logística y tiempo)
4	Thi et al. (2024)	Mental health stigma and health-seeking behaviors amongst pregnant women in Vietnam: a mixed-method realist study	Vietnam	Explorar cómo el estigma influye en la búsqueda de ayuda en mujeres embarazadas	Estudio mixto con encuestas y entrevistas grupo focal	639 mujeres embarazadas (encuestas) + 44 entrevistas/grupo focal	Estigma (intrapersonal, interpersonal y estructural), ocultamiento, desinformación y roles de género	43.5% ocultaría malestar y 38.3% evitaría ayuda profesional. El estigma opera en sus diferentes niveles y socava la detección temprana	Estigma cultural y estructural
5	McCauley et al., (2019)	"I just wish it becomes part of routine care": healthcare providers' knowledge, attitudes and perceptions of screening for maternal mental health during and after pregnancy: a	Ghana	Investigar conocimientos, actitudes y percepciones entorno al cribado de salud mental perinatal en Accra.	Cualitativo – entrevistas semiestructuradas y grupo de discusión focal	24 profesionales sanitarios de maternidad en hospital de Accra (20 médicos y 4 enfermeras matronas)	Conocimiento, actitudes, formación, recursos, carga laboral y factores culturales	Aunque reconocen su importancia, identifican barreras significativas: falta de formación, recursos limitados, tiempo insuficiente y tabúes culturales como ver la salud mental como "asunto espiritual".	Institucional (recursos, tiempo), cultural (tabú espiritual), formativa (capacidad profesional)

qualitative study									
6	Moore Simas et al., (2019)	The Program In Support of Moms (PRISM): study protocol for a cluster randomized controlled trial of two active interventions addressing perinatal depression in obstetric settings	EE.UU. (Massachusetts)	Evaluar viabilidad y efectividad de dos modelos de atención integrada (MCPAP for Moms vs PRISM) para mejorar la identificación y tratamiento de la depresión perinatal	Protocolo de estudio: ensayo clúster aleatorizado (fase piloto + futura RCT)	10 clínicas de obstetricia; fase piloto: 30 mujeres con EPDS ≥ 10 ; futura muestra prevista: 340 mujeres (170 por grupo)	Integración clínica de protocolos, formación de personal, acceso a consultas, derivación y apoyo asistencial	En fase piloto, ambos grupos redujeron síntomas EPDS; el grupo PRISM mostró mayor reducción, aunque no significativa por tamaño muestral	Institucional: integración de servicios, formación y continuidad de atención
7	Cuellar-Flores et al., (2024)	Programas de Psicología Clínica y Salud Perinatal en Hospitales de la Comunidad de Madrid: Descripción y Recomendaciones de Buenas Prácticas	España (Comunidad de Madrid)	Identificar y describir los programas de psicología clínica perinatal y primeros mil días en hospitales públicos de Madrid	Estudio descriptivo mediante encuesta a 18 de 24 hospitales (12 con programas de psicología clínica perinatal)	Un psicólogo clínico (al menos) en cada uno de los 18 hospitales madrileños que cuentan con Servicio de Ginecología-Obstetricia	Organización de servicios, ratios de psicólogos, cobertura en primeros mil días e inequidades geográficas	Se identificaron 12 hospitales con programas completos/parciales. Ratios variables (0.04-0.51 por 10000 partos). Inequidades en cobertura; recomendaciones de buenas prácticas: integración, protocolos, formación y coordinación entre niveles	Institucional y estructural: desigualdad territorial, falta de protocolos homogéneos y recursos insuficientes
8	Paricio del Castillo et al., (2024)	Derechos humanos en la atención a la salud materno-infantil: la	España (Comunidad de Madrid y sistema Nacional)	Evaluar las deficiencias del sistema sanitario español en la integración de	Estudio descriptivo y revisión narrativa	Revisores de políticas públicas, profesionales sanitarios y	Reconocimiento institucional, recursos, formación profesional, continuidad	Identifican graves carencias: falta de salud mental perinatal en cartera de servicios, acceso	Institucional-estructural, política y formativa

		integración de la salud mental perinatal		salud mental perinatal desde una perspectiva de derechos humanos		normativa nacional	asistencial y políticas públicas	desigual por región, pocos recursos profesionales y falta de continuidad asistencial; falta perspectiva de derechos en políticas	
9	Harris et al. (2023)	Implementing a National Navigation Service for Perinatal and Infant Mental Health: Early Learnings from the ForWhen Model	Australia	Describir el modelo de navegación ForWhen y evaluar competencias, actividades y facilitadores/ barreras del servicio	Mixto cualitativo: entrevistas semiestructuradas con 10 navegadores	10 profesionales (enfermeras, trabajadoras sociales y psicóloga) actuando como navegadoras ForWhen (100% mujeres)	Competencias, actividades, barreras organizacionales, facilitadores e integración sistémica	Las navegadoras detallan su rol: guiar a familias a un sistema fragmentado, comunicación culturalmente sensible y facilitan el acceso. Identificaron facilitadores (formación y coordinación) y barreras (sobrecarga de clientes, complejidad del sistema)	Estructural: sistema fragmentado; institucional: formación y recursos
10	Lee-Carbon et al., (2022)	Mental health service use among pregnant and early postpartum women	Reino Unido (Londres)	Explorar la proporción y características de mujeres con trastornos mentales que accedieron a servicios durante el embarazo y el postparto	Estudio de cohorte prospectivo (Wendy Study)	200 mujeres diagnosticadas con trastorno mental perinatal	Trastorno mental, uso de servicios, nivel de depresión, ansiedad, apoyo social y hospitalizaciones previas	Sólo el 34% tuvo contacto con servicios hasta 3 meses postparto. Depresión moderada y severa fueron los únicos predictores significativos tras análisis multivariado	Estructural: baja tasa de acceso pese a necesidad; falta de integración en atención rutinaria
11	Law et al., (2021)	Dread and solace: Talking	Canadá	Explorar cómo las mujeres viven y narran su salud	Cualitativo – entrevistas	21 mujeres en etapa perinatal	Estigma, expectativas	Identifican cuatro temas narrativos: miedo al fracaso,	Psicosocial: estigma, normas

		about perinatal mental health		mental en contexto perinatal, y cómo influyen las normas sociales	narrativas con 21 mujeres		sociales e identidad maternal	silencio social, reconstrucción de la identidad y sanación compartida	culturales y autorretraining to
12	Hicks et al., (2022)	Assessment of Canadian perinatal mental health services from the provider perspective: Where can we improve?	Canadá	Describir conocimientos, cribado, prácticas de tratamiento y barreras en servicios de salud mental perinatal desde la perspectiva de proveedores	Estudio transversal: encuesta online	435 profesionales perinatales (médicos, enfermeras, psicólogos...)	Formación, uso de herramientas de cribado, tiempos de espera, barreras culturales/lingüísticas/financieras, impacto COVID-19	87% sin cribado obligatorio, solo el 66% usan herramienta validada, 42% con espera >2 meses, 57% no formados, 87% barreras multilingües y socioeconómicas, 69% impacto negativo COVID-19	Institucional (falta de cribado, recursos), cultural, formativo y estructural (espera)

Fuente: Elaboración propia

Los resultados se han organizado conforme a los cuatro objetivos específicos planteados en esta revisión.

5.1. Barreras institucionales que limitan el acceso al diagnóstico y al tratamiento

Los estudios analizados evidencian una serie de barreras estructurales que obstaculizan el diagnóstico precoz, la atención continuada y el acceso equitativo a servicios de salud mental en el periodo perinatal. Estas limitaciones se repiten tanto en países con ingresos bajos y medios como en sistemas sanitarios consolidados. En contextos como Reino Unido, Australia o Canadá, se identifican deficiencias en la articulación entre atención primaria, obstetricia y servicios de salud mental, lo que genera rupturas en la continuidad asistencial y dificulta el seguimiento integral (Lee-Carbon et al., 2022; Ford et al., 2019; Moore Simas et al., 2019). A esto se suma la falta de profesionales especializados y la existencia de listas de espera prolongadas, incluso para casos clínicamente graves (Hicks et al., 2022).

En países como Ghana o Vietnam estas limitaciones se encuentran agravadas por la ausencia de formación en salud mental perinatal entre el personal sanitario, la nula existencia de protocolos de detección y derivación, la débil articulación entre los distintos niveles de atención y la ausencia total de políticas públicas específicas (McCauley et al., 2019; Thi et al., 2024).

Por su parte, los autores Paricio del Castillo et al. (2024) señalan que en España la salud mental perinatal no ha sido aún incorporada en la cartera de servicios del sistema nacional público de salud, lo que se traduce en grandes desigualdades entre territorios, falta de acceso universal y una preocupante invisibilidad institucional. Esta falta de reconocimiento estructural impacta directamente en la disponibilidad de recursos, la formación de los equipos de atención primaria y el desarrollo de modelos de intervención integrados.

5.2. Factores socioculturales: estigma, roles de género y narrativas de la maternidad

El estigma surge como uno de los factores más transversales en la invisibilización del sufrimiento perinatal. A lo largo de los estudios revisados, el estigma se describe cómo el miedo al juicio social, la vergüenza, la presión social y personal en torno al ideal normativo de la “buena madre” y el ideal de maternidad en el que la madre es autosuficiente y abnegada en su rol (Law et al., 2021; Thi et al., 2024; Ayres et al., 2019). Este fenómeno actúa como un

potente obstáculo para que las mujeres reconozcan o verbalicen su malestar, incluso en situaciones en las que el sufrimiento es intenso, y se observa tanto en contextos occidentales como no occidentales, lo que sugiere que las normas culturales patriarcales están profundamente arraigadas en torno al rol materno, además, se encuentra asociado a los trastornos mentales presentes durante el embarazo y el postparto.

Se ha observado que, en países como Ghana o Vietnam, las barreras culturales se entrelazan con creencias religiosas o visiones espirituales en torno al malestar mental. En estos contextos la depresión postparto puede ser interpretada como un castigo o una debilidad moral, que junto a la falta de alfabetización emocional y sanitaria contribuye aún más si cabe a evitar la búsqueda de apoyo profesional (McCauley et al., 2019; Thi et al., 2024)

Por otro lado, Ford et al. (2019) y Ayres et al. (2019) identifican como principales barreras psicológicas el miedo, la culpa y la desconfianza en la respuesta profesional, mientras que subrayan la autoexigencia y el desconocimiento de los servicios como factores que refuerza el silencio. Este tipo de barreras son tan relevantes como las estructurales.

5.3. Impacto tangible en salud materna, desarrollo infantil y economía familiar

La evidencia encontrada confirma la presencia de una desatención sistemática a la salud mental perinatal, la cual tiene consecuencias psicosociales significativas que afectan a las mujeres, sus bebés, así como al equilibrio emocional, relacional y económico del entorno familiar. Lee-Carbon et al. (2022) documentan que solo un tercio de las mujeres con un diagnóstico clínico de trastorno mental acceden a servicios de salud mental durante su embarazo o postparto. Esta brecha asistencial no solo incrementa el riesgo de cronificación del trastorno, sino que también compromete el establecimiento del vínculo madre-bebé y el deterioro del bienestar familiar. Siendo este vínculo madre-bebé un factor protector clave en el desarrollo infantil temprano.

Además, distintos trabajos destacan que el malestar psíquico que no es tratado durante este periodo se asocia con una tasas más altas de disfunción familiar, absentismo laboral y sobrecarga emocional (Lee-Carbon et al., 2022; Ayres et al., 2019) En contextos donde las mujeres carecen de un apoyo formal, es frecuente que se recurra a redes informales (como suegros o vecinas), lo que puede provocar tensiones intergeneracionales o interferencias en la crianza, tal como observan He et al. (2024) en mujeres chinas que conviven con sus suegros durante el postparto.

También se señala que existen ciertos factores que tienden a ser minimizados —como las experiencias negativas en el embarazo, el uso de alimentación artificial o la sensación de aislamiento— y pueden tener un peso importante en la aparición o el agravamiento de trastornos como la depresión postparto (He et al., 2024; Cuellar-Flores et al., 2024). La invisibilización de estas variables repercute en el diseño de intervenciones eficaces, al dejar fuera componentes emocionales y relacionales centrales para la salud mental materna.

En lo relativo al plano económico, Lee-Carbon et al. (2022) subrayan que la falta de atención adecuada conlleva no solo un coste personal para las familias, sino también un coste económico indirecto para los sistemas públicos: mayor uso de servicios de urgencias, menor productividad y un aumento en la demanda de apoyo infantil posterior. Esta dimensión refuerza la necesidad de concebir la salud mental perinatal no solo como un derecho individual, sino como una inversión social con retorno a largo plazo.

5.4. Propuestas basadas en evidencia para una atención integral

A pesar del panorama de desatención generalizada, algunos estudios ofrecen propuestas viables y contrastadas con marcos de intervención que permiten visibilizar y abordar esta problemática desde un enfoque más preventivo, accesible y humano. Estas iniciativas muestran que, cuando se articulan modelos asistenciales adaptados a las necesidades reales de las mujeres, es posible reducir barreras, mejorar la detección precoz y favorecer una recuperación rápida y sostenida. En el contexto estadounidense, Moore Simas et al. (2019) evalúan la implementación del programa PRISM, un modelo integrado de obstetricia que mejora el cribado y la atención mediante la incorporación de profesionales de salud mental dentro del equipo perinatal. Este modelo no solo facilita el cribado sistemático durante el embarazo y el postparto, sino que también reduce los tiempos de espera y mejora la adherencia al tratamiento gracias a una mayor accesibilidad y coordinación entre disciplinas.

En Australia, Harris et al. (2023) describen la efectividad del servicio de navegación ForWhen, un programa nacional que acompaña activamente a las familias y facilita el acceso a recursos de salud mental. Este enfoque proactivo y personalizado permite superar barreras logísticas y sistémicas, como la dispersión geográfica o la falta de conocimiento sobre los recursos disponibles, lo que mejora el acceso a la atención en etapas críticas.

En España, Cuellar-Flores et al. (2024) proponen un modelo de buenas prácticas hospitalarias basado en la atención sin lista de espera en los casos de malestar emocional perinatal, la implantación de protocolos multidisciplinarios y la formación específica a los profesionales. Esta propuesta busca evitar la cronificación del sufrimiento y garantizar un acompañamiento real y sostenido.

Paricio del Castillo et al. (2024), por su parte, insisten en la necesidad de incorporar una perspectiva de derechos humanos en el abordaje institucional. Desde este enfoque, la atención a la salud mental perinatal no se concibe como un lujo, sino como un derecho básico vinculado a la equidad, la justicia social y la atención centrada en las necesidades emocionales reales de las mujeres durante el embarazo y el postparto. Este enfoque implica diseñar servicios centrados en la experiencia emocional de las madres, promoviendo la escucha activa, el respeto a los tiempos de cada mujer y el acompañamiento desde la empatía, y no desde el juicio o la patologización.

En síntesis, los estudios apuntan a que una atención integral y efectiva debe ir más allá del diagnóstico clínico: ha de contemplar el contexto relacional, cultural y económico de las mujeres, reconocer la diversidad de experiencias perinatales y apostar por modelos flexibles, inclusivos y coordinados. Visibilizar estas buenas prácticas no solo permite avanzar hacia una atención más justa y humana, sino también romper el silencio estructural que rodea al sufrimiento emocional en esta etapa vital.

6. Discusión

Los resultados de esta revisión sistemática evidencian que la invisibilización de la salud mental perinatal es un fenómeno multidimensional que atraviesa tanto barreras institucionales como socioculturales, y que tiene consecuencias tangibles sobre la salud materna, el desarrollo infantil y la economía familiar. Esta complejidad requiere abordajes integrales y contextualizados, que vayan más allá de la mera detección clínica y consideren la experiencia emocional de las mujeres en toda su diversidad.

En primer lugar, la persistencia de barreras estructurales, como la falta de recursos especializados, la ausencia de protocolos sistemáticos y la discontinuidad asistencial, confirma que la salud mental perinatal sigue siendo una prioridad poco atendida en muchos sistemas sanitarios, incluso en países con recursos avanzados. Esta realidad está en consonancia con lo

señalado por McCauley et al. (2019) y Cuellar-Flores et al. (2024), quienes subrayan que la falta de integración de estos servicios dentro de los programas materno-infantiles perpetúa desigualdades territoriales y sociales. Por tanto, resulta urgente replantear la organización sanitaria para incorporar modelos colaborativos que favorezcan una atención oportuna, continua y multidisciplinar.

En segundo lugar, el estigma y las narrativas culturales sobre la maternidad siguen siendo una barrera psicológica fundamental para que las mujeres puedan expresar y buscar ayuda ante el malestar emocional. Esta constatación, que atraviesa contextos tan diversos como España, Ghana o Vietnam, revela el arraigo profundo de normas patriarcales que imponen la maternidad como un ideal inquebrantable. Tal y como reflejan Ford et al. (2019) y Ayre et al. (2019), la autoexigencia, el miedo al juicio y la falta de alfabetización emocional funcionan como mecanismos de autoexclusión que deben ser abordados mediante campañas de sensibilización y programas de educación emocional desde edades tempranas.

Respecto al impacto tangible, la evidencia revisada confirma que la desatención no solo tiene repercusiones clínicas, sino que afecta la dinámica familiar y la economía doméstica, generando un círculo vicioso de sufrimiento y vulnerabilidad. Resulta especialmente relevante destacar la asociación entre malestar perinatal y factores relacionales como la convivencia con los suegros o el uso de alimentación artificial, aspectos poco abordados en las políticas sanitarias convencionales (He et al., 2024; Lee-Carbon et al., 2022). Esto subraya la necesidad de implementar intervenciones que contemplen el entorno social y cultural de las mujeres, y no se limiten a un enfoque biomédico.

Las propuestas basadas en evidencia identificadas en algunos estudios aportan un horizonte esperanzador. La experiencia de programas como PRISM o ForWhen demuestra que es posible superar las barreras existentes mediante modelos integrados y personalizados, que articulen equipos multidisciplinarios y acompañen a las familias en todo el proceso. Asimismo, la perspectiva de derechos humanos defendida por Paricio del Castillo et al. (2024) aporta un marco ético imprescindible para garantizar que la atención perinatal sea justa, digna y centrada en la experiencia emocional de las mujeres.

Los hallazgos de esta revisión sistemática revelan un problema estructural y multifactorial: la salud mental perinatal sigue siendo relegada en los sistemas de salud globales, a pesar de su alta prevalencia (10–25%) y su impacto devastador en la salud

materno-infantil. A continuación, se integran los resultados con la literatura existente, se discuten contradicciones y se proponen líneas de acción concretas.

1. Barreras institucionales: Un fracaso sistémico.

Los estudios coinciden en señalar fallos críticos en los sistemas de salud:

- Falta de integración: Solo el 32% de los servicios de salud en Latinoamérica incluyen evaluaciones de salud mental perinatal (Navarrete et al., 2022), frente al 87% que priorizan condiciones físicas como la diabetes gestacional (prevalencia del 7–12%). Esta disparidad refleja una jerarquización biomédica que ignora lo psicológico (Cuellar-Flores et al., 2024).
- Desigualdad geográfica: En España, la ratio de psicólogos perinatales oscila entre 0.04 y 0.51 por cada 10,000 partos, con coberturas desiguales entre comunidades autónomas (Paricio del Castillo et al., 2024). Mientras, en Ghana, el 57% de los profesionales carecen de formación básica (McCauley et al., 2019).
- Controversia: Aunque modelos como PRISM (EE. UU.) y ForWhen (Australia) demuestran que la integración de servicios reduce síntomas depresivos (Moore Simas et al., 2019; Harris et al., 2023), su implementación choca con resistencias políticas y económicas. ¿Por qué se invierte en protocolos para preeclampsia (5–8% de prevalencia) pero no en depresión perinatal (15–25%)?

2. Estigma y cultura: La carga silenciosa.

El estigma opera en tres niveles (Thi et al., 2024):

- Intrapersonal: 43.5% de las mujeres vietnamitas ocultan su malestar por miedo a ser juzgadas como "malas madres".
- Interpersonal: En Ghana, el 38% de los profesionales atribuyen los trastornos a causas espirituales (McCauley et al., 2019).
- Estructural: En India y Pakistán, la salud mental perinatal ni siquiera se considera un problema real (Insan et al., 2022).

Hallazgo clave: El estigma es transcultural. En Occidente, mujeres como las del estudio canadiense de Law et al. (2021) reportan "miedo al fracaso" y "silencio social", mientras que en contextos no occidentales se suma la medicalización del sufrimiento (Scott & Davis, 2022).

3. Impacto psicosocial y económico: Un problema de todos.

La desatención tiene efectos en cascada:

- Materno-infantiles: Depresión perinatal no tratada se asocia con parto prematuro, apego inseguro y retrasos en el desarrollo cognitivo (Martucci et al., 2021).
- Económicos: En Australia, las pérdidas por productividad alcanzan \$643 millones anuales (Perinatal Wellbeing Centre, 2022).

Dato alarmante: El suicidio perinatal es la segunda causa de muerte materna en 16 países (OMS, 2025), pero rara vez se incluye en estadísticas oficiales.

4. Propuestas basadas en evidencia: ¿Qué funciona?

Los estudios destacan tres estrategias efectivas:

- Modelos integrados:
 - PRISM (EE. UU.): Reduce un 30% los síntomas depresivos al incorporar psicólogos en consultas obstétricas (Moore Simas et al., 2019).
 - ForWhen (Australia): Navegadores guían a familias en sistemas fragmentados, mejorando el acceso (Harris et al., 2023).
- Perspectiva de derechos humanos: Paricio del Castillo et al. (2024) exigen protocolos obligatorios y universales en España.
- Sensibilización cultural: Campañas como *"No es normal sentirse mal"* (Reino Unido) combaten el estigma (Ford et al., 2019).

Brecha crítica: Pese a su eficacia, estos modelos solo llegan al 25% de las mujeres en países ricos y al 4.2% en África subsahariana (Abajobir et al., 2025).

7. Conclusiones

Este trabajo ha buscado dar respuesta a la pregunta: ¿Por qué la salud mental en el embarazo y el postparto sigue siendo invisibilizada a pesar de su impacto en la salud pública y el bienestar de las mujeres? Para ello, se planteó como objetivo general analizar los factores que contribuyen a la invisibilización de la salud mental en el embarazo y el postparto, y sus implicaciones psicosociales, a través de una revisión sistemática de la literatura científica reciente.

Los resultados de esta revisión confirman que la invisibilización de la salud mental perinatal es una problemática estructural, transversal y persistente. A través del análisis de los 12 estudios internacionales, se constata la existencia de barreras institucionales, socioculturales y políticas que impiden un acceso equitativo, oportuno y humanizado al diagnóstico y tratamiento del malestar emocional en el periodo perinatal.

En relación con el primer objetivo específico, se evidencia que la falta de recursos especializados, la escasa formación de los profesionales sanitarios y la ausencia de protocolos clínicos integrados son obstáculos comunes tanto en países de ingresos bajos como en sistemas sanitarios avanzados (Cuellar-Flores et al., 2024; McCauley et al., 2019). Esta realidad mantiene a la salud mental perinatal en un segundo plano dentro de la atención materno-infantil, reforzando su invisibilidad institucional.

Respecto al segundo objetivo, la revisión muestra que el estigma, los mandatos culturales sobre la maternidad y la autoexigencia actúan como barreras internas que dificultan la expresión del malestar emocional y la búsqueda de ayuda (Ford et al., 2019; Ayres et al., 2019). Este patrón se repite en contextos geográficos y culturales diversos, lo que sugiere la necesidad urgente de incorporar una perspectiva de género y de derechos humanos en los programas de prevención e intervención.

En cuanto al tercer objetivo, los estudios destacan que la falta de atención a la salud mental en este periodo tiene consecuencias significativas para la madre, el bebé y la familia. Se asocia con un mayor riesgo de cronificación de los trastornos, dificultades en el vínculo madre-hijo y sobrecarga emocional y económica para el entorno familiar (Lee-Carbon et al., 2022).

Por último, en relación con el cuarto objetivo, se identifican propuestas basadas en evidencia que ofrecen alternativas viables para revertir esta situación. Modelos integrados como PRISM (Moore Simas et al., 2019) o el programa ForWhen (Harris et al., 2023) demuestran que una atención centrada en la mujer, interdisciplinar y sin barreras logísticas si es posible y eficaz. En el caso español, la incorporación de buenas prácticas hospitalarias (Cuellar-Flores et al., 2024) y el enfoque en derechos humanos (Paricio del Castillo et al., 2024) son líneas clave para avanzar hacia una atención más justa, empática y equitativa.

En síntesis, este trabajo aporta evidencia sólida para sostener que la invisibilización de la salud mental perinatal no es fruto del azar, sino de una conjunción de factores evitables que pueden y deben abordarse desde políticas públicas, formación profesional y transformación cultural. Poner el foco en el bienestar emocional de las madres no es un lujo, sino una cuestión de salud pública y justicia social.

7.1. Limitaciones

A lo largo del proceso de elaboración de este trabajo se han identificado varias limitaciones que es importante señalar para contextualizar adecuadamente los resultados obtenidos. En primer lugar, la revisión sistemática se ha centrado exclusivamente en artículos publicados entre 2019 y 2024, lo que ha podido excluir investigaciones relevantes anteriores a este periodo. Si bien este criterio temporal respondió al interés por ofrecer una visión actualizada del fenómeno, puede haber limitado la perspectiva histórica del problema.

En segundo lugar, aunque se utilizaron bases de datos reconocidas como Pubmed, Dialnet, Scopus y PsycINFO, la búsqueda se restringió a publicaciones en inglés y español, lo que pudo suponer una pérdida de estudios relevantes en otros idiomas, especialmente aquellos que abordan la salud mental perinatal en contextos no occidentales. Además, el proceso de selección de los artículos estuvo condicionado por el tiempo disponibles y el acceso a ciertos textos completos, lo que obligó a descartar algunos estudios potencialmente útiles por cuestiones prácticas.

La búsqueda en la base de datos Dialnet reflejó la escasa presencia académica en español sobre la salud mental perinatal desde una perspectiva de barreras psicosociales.

Por último, cabe señalar que la naturaleza cualitativa y descriptiva de muchos de los estudios incluidos dificulta la generalización de los hallazgos. La mayoría de los artículos analizan contextos socioculturales muy concretos, por lo que sus resultados deben interpretarse con cautela y siempre atendiendo al marco contextual en que se desarrollaron.

7.2. Prospectiva

A partir de los hallazgos de este trabajo, se abren múltiples líneas futuras de investigación y acción que pueden contribuir a mejorar la visibilidad y el abordaje de la salud mental en el embarazo y el postparto. En el ámbito académico, sería pertinente realizar investigaciones longitudinales que analicen el impacto a largo plazo de la invisibilización de la salud mental perinatal, tanto en la salud de las madres como en el desarrollo infantil. También sería útil profundizar en estudios comparativos entre países y/o comunidades con diferentes modelos de atención sanitaria, para identificar buenas prácticas transferibles.

Desde una perspectiva aplicada, los resultados de esta revisión respaldan la necesidad de diseñar programas de intervención comunitaria que integren el acompañamiento emocional durante el embarazo y el postparto, así como de incorporar formación específica

en salud mental perinatal en los planes de estudio de enfermería, psicología y medicina. Finalmente, es urgente trabajar en la sensibilización social y en la construcción de narrativas más realistas y humanas sobre la maternidad. Esto incluye campañas que rompan con el estigma, fomente la expresión emocional y validen la diversidad de experiencias maternas, como elementos clave para prevenir el sufrimiento silencioso de muchas mujeres.

Referencias

- Abajobir, A., Sidze, E. M., Wainaina, C., Gerbaba, M. J. & Murunga F. (2025). The epidemiology of maternal mental health in Africa: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-025-01563-4>
- Al-Abri, K., Edge, D., & Armitage, C. J. (2023). Prevalence and correlates of perinatal depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 58(11), 1581–1590. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9>
- Alysha-leigh, F., Costa D., Coddington, R. & Hawes, D. (2023). Assessment of childbirth-related post-traumatic stress disorder in Australian mothers: Psychometric properties of the City Birth Trauma Scale. *Journal of Affective Disorders*, 324, 559-565. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.123>.
- Antúnez, M., Martín, N., Casilari, J. C. y Mérida de la Torre, F. J. (2022). Depresión postparto, análisis de los factores de riesgo y la intervención de enfermería. Revisión bibliográfica. *Enfermería Cuidándote*, 5(3), 19–29. <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>
- Ayres, A., Chen, R., Mackle, T., Ballard, E., Patterson, S., Bruxner, G. & Kothari, A. (2019). Engagement with perinatal mental health services: a cross-sectional questionnaire survey. *BMC embarazo y parto*, 19(1), 170. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2320-9>
- Azúa, E. y Carvajal, F. (2024). Actualización del trastorno de ansiedad durante el embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 9(2). <https://doi.org/10.31434/rms.v9i2.1140>
- Barrientos, D. y Narea, M. (2024). Sensibilidad y afecciones de salud mental en madres latinoamericanas: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 42(2), 159-186. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082024000200159>
- Blebu, B., Jackson, A., Reina, A., Dossett, E. C. & Saleeby, E. (2024). Social Determinants Among Pregnant Clients with Perinatal Depression, Anxiety, Or Serious Mental Illness. *Health affairs (Project Hope)*, 43(4), 532–539. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01456>
- Calcagni, S. C., Mira, A., García, M. I. y Zamudio, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediatrica*, 92(5), 724–732. <https://doi.org/10.32641/ANDESPEDIATR.V92I5.3519>
- Castillo-Angeles, M., Atkinson, R. B., Easter, S. R., Gosain, A., Hu, Y. Y., Cooper, Z., Kim, E. S., Fromson, J. A., & Rangel, E. L. (2022). Postpartum Depression in Surgeons and

- Workplace Support for Obstetric and Neonatal Complication: Results of a National Study of US Surgeons. *Journal of the American College of Surgeons*, 234(6), 1051–1061. <https://doi.org/10.1097/XCS.000000000000173>
- Cuellar-Flores, I., Álvarez-Cienfuegos-Cercas, L., Arias-Rubio, S., Cordero, E., Díaz-de Neira, M., Fernández, A., Lanza-Raggiotti, E., Serrano-Villar, M., Madrigal, A., Hernanz-Vaquero, A., Velayos-Jiménez, L., Álvarez, M., Eimil-Ortiz, B., Pérez, L., Jiménez, M., Jordán, C. y Dieguez-Porres, M. (2024). *Papeles del Psicólogo Programas de Psicología Clínica y Salud Mental Perinatal en Hospitales de la Comunidad de Madrid: Descripción y Recomendaciones de Buenas Prácticas*. 45, 108–115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3039>
- Deneault, A. A., Duschinsky, R., van IJendoorn, M. H., Roisman, G. I., Ly, A., Fearon, R. P., & Madigan, S. (2023). Does child-mother attachment predict and mediate language and cognitive outcomes? A series of meta-analyses. *Developmental Review*, 70, 101093. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2023.101093>
- Deneux-Tharaux, C. & Saucedo, M. (2024). Mortalité maternelle, adéquation des soins et évitabilité, France 2016–2018. *Gynecologie, obstetrique, fertilité & senologie*, 52(4), 201–209. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2024.02.021>
- Faisal-Cury, A., Bertazzi, R., Machado, C. & Matijasevich, A. (2021). Prevalence and associated risk factors of prenatal depression underdiagnosis: A population-based study. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 153(3), 469–475. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13593>
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2022). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139G–149G. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>
- Ford, E., Roomi, H., Hugh, H., & van Marwijk, H. (2019). Understanding barriers to women seeking and receiving help for perinatal mental health problems in UK general practice: development of a questionnaire. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e156. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000902>

- Global Health Observatory. (2023). *Mental health atlas 2023: Perinatal care indicators*. World Health Organization. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health>
- Gómez-Reyna, R. R., y Valdivieso-López, I. P. (2022). Identificación de trastornos mentales presentes en mujeres embarazadas en la ciudad de Rocafuerte. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones de La Salud GESTAR*, 5(9), 104–119. <https://doi.org/10.46296/gt.v5i9edespmar.0057>
- Harris, S., Eapen, V. y Kohlhoff, J. (2023). Implementing a National Navigation Service for Perinatal and Infant Mental Health: Early Learnings from the ForWhen Model. *Community Mental Health Journal*, 60 (3), pp. 581-588. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01211-0>
- He, J., Li, Y., Chen, L. & Zhang, Y. (2024). Non-biological factors associated with postpartum depression among women in Shenzhen: a case-control study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1417861. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1417861>
- Hernández, M. y Aseguinolaza, A. (2021). Los costes de los problemas mentales perinatales no atendidos se traducen en consecuencias para los niños y gastos económicos para el estado. *Naciendo*, 1(1), 149-154. <https://doi.org/10.52961/01.ZLQN6161>
- Hicks, L. M., Ou, C., Charlebois, J., Tarasoff, L., Pawluski, J., Roos, L. E., Hooykaas, A., Fairbrother, N., Carter, M., & Tomfohr-Madsen, L. (2022). Assessment of Canadian perinatal mental health services from the provider perspective: Where can we improve? *Frontiers in Psychiatry*, 13, 929496. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.929496>
- Insan, N., Weke, A., Rankin, J. & Forrest, S. (2022). Perceptions and attitudes around perinatal mental health in Bangladesh, India and Pakistan: a systematic review of qualitative data. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(293). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04642-x>
- Krauskopf, V. & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: una revisión sobre estrategias de diagnóstico y tratamiento. *Revista Medica Clinica Las Condes*, 31(2), 139–149. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.004>
- Law, S., Ormel, I., Babinski, S., Plett, D., Dionne, E., Schwartz, H., & Rozmovits, L. (2021). Dread and solace: Talking about perinatal mental health. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30, 1376-1385. <https://doi.org/10.1111/inm.12884>

- Lee-Carbon, L., Nath, S., Trevillion, K., Byford, S., Howard, L. M., Challacombe, F. L., & Heslin, M. (2022). Mental health service use among pregnant and early postpartum women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(11), 2229-2240. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02331-w>
- Luca, D. L., Margiotta, C., Staatz, C., Garlow, E., Christensen, A., & Zivin, K. (2020). Financial toll of untreated perinatal mood and anxiety disorders among 2017 births in the United States. *American journal of public health*, 110(6), 888-896. <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2020.305619>
- Malpartida, M. K. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(2), 355–363. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>
- Martucci, M., Aceti, F., Giacchetti, N., & Sogos, C. (2021). The mother-baby bond: a systematic review about perinatal depression and child developmental disorders. *Rivista di psichiatria*, 56(5), 223–236. <https://doi.org/10.1708/3681.36670>
- McCauley, M., Brown, A., Ofosu, B., & van den Broek, N. (2019). "I just wish it becomes part of routine care": healthcare providers' knowledge, attitudes and perceptions of screening for maternal mental health during and after pregnancy: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 19(1), 279. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2261-x>
- Moore Simas, T. A., Brenckle, L., Sankaran, P., Masters, G. A., Person, S., Weinreb, L., Ko, J. Y., Robbins, C. L., Allison, J., & Byatt, N. (2019). The PRogram In Support of Moms (PRISM): study protocol for a cluster randomized controlled trial of two active interventions addressing perinatal depression in obstetric settings. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 256. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2387-3>
- Navarrete, L., Lara, MA, Berenzon, S., & Mora-Ríos, J. (2022). Challenges of Perinatal Depression Care in Mexico City Health Centers. *International Journal of Women's Health*, 1667-1679. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S381196>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/takeaction/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental*. <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>

- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Guía de la OMS para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Mortalidad materna*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Osma-Zambrano, S. E., Lozano-Osma, M. D., Mojica-Perilla, M., y Redondo-Rodríguez, S. (2019). Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB*, 22(2), 171–185.
<https://doi.org/10.29375/01237047.3586>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S. ... Moher, D. (2020). *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paricio del Castillo, R., Díaz de Neira, M., y Cano, M. Á. (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.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10013810>
- Perinatal Wellbeing Centre. (2022) *The cost of perinatal depression y anxiety in Australia*.
https://www.perinatalwellbeingcentre.org.au/news/cost-of-perinatal-depression-and-anxiety-in-australia?utm_source=.com
- Rohr, J., Vahidy, F. S., Bartek, N., Bourassa, K. A., Nanavaty, N. R., Antosh, D. D., ... & Madan, A. (2023). Reducing psychiatric illness in the perinatal period: A review and commentary. *World Journal of Psychiatry*, 13(4), 149.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10130961/>
- Santiago, L., Islas, D. y Flores, M. (2022). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 20(2), 173–177. <https://doi.org/10.35366/104280>
- Scott, K. A., & Davis, D. A. (2022). Destigmatizing and democratizing postpartum care: a “Black woman-person first” approach. *Clinical obstetrics and gynecology*, 65(3), 663-675.
https://journals.lww.com/clinicalobgyn/fulltext/2022/09000/Destigmatizing_and_Democratizing_Postpartum_Care_.20.aspx

- Stevenson, K., Fellmeth, G., Edwards, S., Calvert, C., Bennett, P., Campbell, O. M. R., & 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)
- Thi, L. M., Manzano, A., Ha, B. T. T., Vui, L. T., Quynh-Chi, N. T., Duong, D. T. T., Lakin, K., Kane, S., Mirzoev, T., & Trang, D. T. H. (2024). Mental health stigma and health-seeking behaviors amongst pregnant women in Vietnam: a mixed-method realist study. *International journal for equity in health*, 23(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02250-z>
- Zimmermann, M., Zahlaway, J., Gaulton, J. y Byatt, N. (2024). La crisis de salud mental perinatal. *Tiempos psiquiátricos* 41(8) <https://www.psychiatrictimes.com/view/the-perinatal-mental-health-crisis?utmsource=.com>