

HABLEMOS DE

SALUD MENTAL PERINATAL

DETECCIÓN, ACOMPAÑAMIENTO *y* DERIVACIÓN
de situaciones de riesgo psicosocial
durante el embarazo y el posparto.



Fundación
Kaleidos

unicef 
para cada infancia

Dirección editorial

Javier Quesada,
Especialista en Primera Infancia y Salud, UNICEF

Andria Spyridou
Multisectoral MHPSS Specialist, Centro de Excelencia, Panamá UNICEF

Ricardo Gorodisch,
Presidente Fundación Kaleidos

Coordinación

Julia Anciola,
Oficial de salud, UNICEF

Flavia Raineri,
Experta en salud perinatal y desarrollo infantil temprano, UNICEF

Alejandra Scialabba,
Directora ejecutiva Fundación Kaleidos

Autoras

Violeta Pérez Bromberg

María Fernanda González

Marina Mattioli

Cita sugerida

UNICEF y Kaleidos (2025). Hablemos de Salud Mental Perinatal. Informe final del proyecto desarrollado en Chaco, Misiones y Salta 2025 CABA. UNICEF

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Argentina y Fundación Kaleidos, Promoción del desarrollo infantil temprano en la comunidad.

Edición y corrección: Guadalupe Rodríguez

Diseño y diagramación: Martina López Rivas

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

El uso de un lenguaje que no discrimine, que no reproduzca estereotipos sexistas y que permita visibilizar todos los géneros es una preocupación de UNICEF y de quienes trabajaron en esta publicación. Se optó por distinguir por géneros en algunos pasajes y por el masculino genérico en otros, de acuerdo con lo que resultó más claro y fluido para la lectura, y siempre con la intención de incluir en estas páginas a todas las personas de todos los géneros.

Agradecimientos	.._01
Resumen ejecutivo	.._02
Introducción	.._03
1/ Salud mental perinatal	.._05
2/ Desarrollo del proyecto	.._06
2.1 <i>Etapas</i>	.._06
2.2 <i>Localidades, instrumentos y protocolo</i>	.._07
3/ Resultados	.._09
3.1 <i>Resultados según indicadores seleccionados</i>	.._09
3.2 <i>Resultados según los instrumentos</i>	.._10
3.3 <i>Resultado según cruces de variables</i>	.._11
4/ Conclusiones	.._13
5/ Recomendaciones	.._14
Referencias	.._15

Agradecimientos

Agradecemos profundamente a las y los profesionales de la salud de Chaco, Misiones y Salta, por su compromiso y el valioso trabajo que realizan cada día para fortalecer la salud mental perinatal en sus territorios. Su participación en este proyecto hizo posible avanzar en la comprensión y el acompañamiento de las necesidades reales de las personas gestantes.

Nuestro reconocimiento especial es también para quienes maternan en condiciones muy difíciles. Su voz, su experiencia y su fortaleza nos inspiran y nos impulsan a seguir construyendo respuestas más humanas y sensibles para el cuidado de la salud mental durante la etapa perinatal.

Resumen ejecutivo

El proyecto **Hablemos de Salud Mental Perinatal**, implementado por UNICEF Argentina en articulación con Fundación Kaleidos entre 2024 y 2025, tuvo como objetivo fortalecer las capacidades del sistema de salud para la detección temprana, el acompañamiento y la orientación de personas gestantes con riesgo psicosocial, ansiedad o depresión, con especial énfasis en embarazadas adolescentes. La iniciativa se desarrolló en nueve localidades de las provincias de Chaco, Misiones y Salta, priorizando la integración de la salud mental perinatal en los circuitos provinciales de atención.

El proyecto combinó estrategias de formación técnica, acompañamiento territorial y producción de información. En una primera etapa, se implementó un proceso de capacitación dirigido a profesionales de la salud perinatal —principalmente obstétricas, agentes sanitarios y profesionales de salud mental— que incluyó un curso virtual sincrónico de ocho semanas y un encuentro presencial por provincia. De un total de 220 personas inscriptas, 79 completaron la formación y obtuvieron certificación. En una segunda etapa, se acompañó la implementación en territorio de herramientas estandarizadas de detección de riesgo psicosocial, ansiedad y depresión durante el embarazo, promoviendo además la construcción de circuitos locales de cuidado y la elaboración participativa de hojas de ruta provinciales en salud mental perinatal.

En total, participaron 377 personas gestantes en el proceso de detección temprana. Los resultados muestran que el 22,5% presentó riesgo psicosocial alto y el 9,5%, riesgo moderado. Más de la mitad de las participantes (56%) refirió que el embarazo no había sido intencional, proporción que ascendió al 60% entre adolescentes. Asimismo, un 17% reportó antecedentes de abuso o acoso sexual, y cerca de un tercio manifestó haber atravesado situaciones de violencia o maltrato durante la infancia. Entre quienes completaron escalas específicas de ansiedad y depresión, se identificaron niveles de ansiedad moderada o severa en el 35% y riesgo elevado de depresión perinatal en el 40% de los casos evaluados.

La implementación del proyecto permitió avanzar en la sensibilización de los equipos de salud, la incorporación progresiva de prácticas de detección temprana y la mejora de los procesos de derivación y seguimiento de situaciones de riesgo. Asimismo, fortaleció la articulación entre niveles de atención y áreas disciplinares, y contribuyó a la elaboración de hojas de ruta provinciales orientadas a consolidar respuestas integrales en salud mental perinatal.

Los resultados evidencian la relevancia de integrar sistemáticamente la salud mental perinatal en la atención prenatal y posnatal, así como la necesidad de continuar fortaleciendo la detección temprana, la coordinación entre servicios y el acceso oportuno a apoyos psicosociales, particularmente en contextos de mayor vulnerabilidad social, en poblaciones adolescentes y en territorios con alta ruralidad o diversidad cultural.

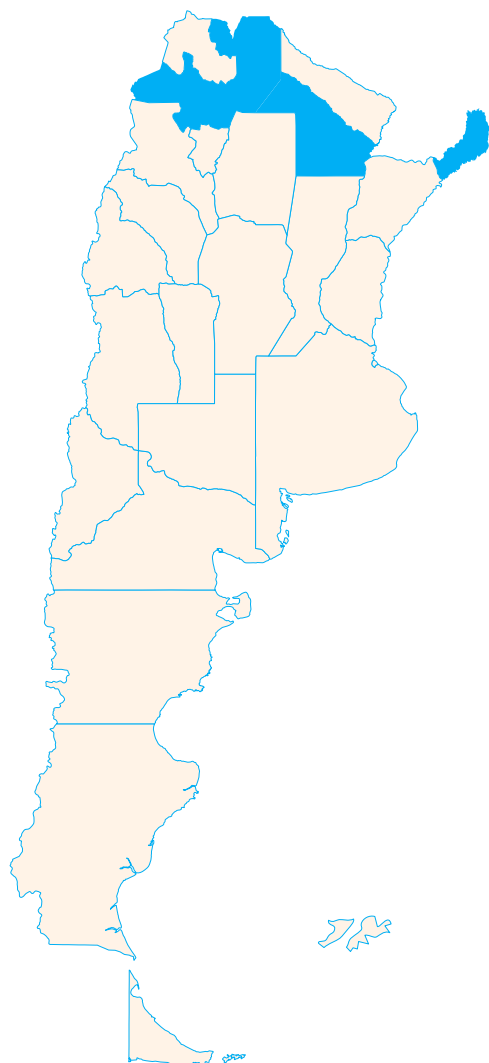
La experiencia desarrollada demuestra que, con acompañamiento técnico sostenido y equipos interdisciplinarios capacitados, es posible avanzar en la incorporación de la salud mental perinatal en los sistemas provinciales de salud, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención y las oportunidades de cuidado para las personas gestantes y sus familias.

Introducción

En la Argentina, los avances normativos en torno al cuidado integral durante el embarazo, el parto y los primeros años de vida —expresados en la Ley N.º 27.611 de los “Primeros 1000 Días”, la Ley de Parto Respetado N.º 25.929 y la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657— consolidaron un enfoque de derechos y de atención interdisciplinaria en la salud perinatal. Sin embargo, persisten desafíos significativos para garantizar que este marco se materialice en prácticas sostenidas y equitativas en todos los territorios del país. Las disparidades provinciales en mortalidad y morbilidad materna, la escasa disponibilidad de recursos especializados y la falta de información sistematizada sobre salud mental perinatal evidencian la necesidad urgente de fortalecer y articular las redes de cuidado.

La salud mental perinatal es un componente central de este desafío. El embarazo, el parto y el puerperio constituyen procesos vitales que impactan profundamente en la salud emocional, física y social de las personas gestantes y sus familias. No obstante, la detección temprana, el acompañamiento y la atención de situaciones de ansiedad, depresión o malestares psicosociales continúan siendo insuficientes y se ven obstaculizados por estigmas, brechas formativas y barreras institucionales.

En este contexto, surgió el proyecto Hablemos de Salud Mental Perinatal, una iniciativa interinstitucional desarrollada por UNICEF con la colaboración de Fundación Kaleidos, orientada a fortalecer las capacidades del sistema de salud en la detección, el acompañamiento y la derivación de situaciones de riesgo psicosocial y problemas de salud mental durante el embarazo y el posparto. El proyecto se implementó entre septiembre de 2024 y diciembre de 2025 en tres provincias del norte argentino —Chaco, Misiones y Salta— y se apoyó en la trayectoria previa de UNICEF y en más de dos décadas de experiencia de Fundación Kaleidos en adolescencia, acompañamiento psicosocial y desarrollo infantil temprano (DIT).



ACTORES INVOLUCRADOS

UNICEF

Ministerios de salud provinciales

Fundación Kaleidos

Equipos de maternidades

Personas gestantes

La iniciativa se estructuró en torno a **tres objetivos**:

- 1 Fortalecer los conocimientos y las capacidades del personal de salud** —especialmente obstétricas, agentes sanitarios y profesionales de salud mental— mediante procesos de formación y materiales especializados orientados a la identificación de riesgos psicosociales y a la promoción de la salud mental perinatal.
- 2 Detectar tempranamente situaciones de vulnerabilidad psicosocial, depresión y ansiedad** en embarazadas, con especial énfasis en adolescentes, utilizando instrumentos estandarizados y generando información clave sobre prevalencias en los territorios.
- 3 Promover la articulación efectiva entre los servicios de salud mental y la atención perinatal**, fortaleciendo circuitos de cuidado, referencias y contrarreferencias, y generando espacios de trabajo conjunto para mejorar el acceso oportuno, la integralidad y la humanización de la atención.

Este informe sintetiza los resultados alcanzados, los aprendizajes del proceso y las oportunidades futuras para fortalecer una política pública sostenible y territorialmente pertinente.

La **salud mental perinatal** forma parte de un enfoque continuo que concibe la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil como etapas profundamente interrelacionadas (Defey, s. f.; Oiberman, 2013; Olza *et al.*, 2021). Este período abarca el embarazo, el parto y el puerperio, y se extiende hasta los primeros años de vida del niño o la niña (Oiberman, 2013). Se trata de una etapa vital que no solo implica cambios biológicos, sino también transformaciones psicológicas, sociales y culturales que impactan en toda la familia (Fernández Lorenzo *et al.*, 2020).

El proceso de gestación y nacimiento constituye una **crisis evolutiva** que puede generar vulnerabilidades emocionales. Por ello, la salud mental perinatal comprende el cuidado del bienestar emocional, la prevención del sufrimiento psíquico y la detección temprana de dificultades como la ansiedad, la depresión o el estrés postraumático. A nivel mundial, los problemas de salud mental en la etapa perinatal representan un gran desafío en salud pública: la depresión y los trastornos de ansiedad afectan entre el 10% y el 20% de las personas gestantes o púerperas, y el suicidio —aunque frecuentemente subregistrado— constituye entre el 20% y el 33% de las muertes maternas en distintos contextos (OMS, 2008 y 2022; Spyridou *et al.*, 2016).

Promover una salud mental perinatal integral exige situar este campo dentro de un enfoque de género, derechos humanos, justicia social y determinantes sociales de la salud (Defey, s. f.; González y Mattioli, 2024). Esto implica reconocer que el bienestar emocional durante el embarazo y el posparto no depende únicamente de factores individuales, sino también de condiciones estructurales y contextuales como la pobreza, la violencia de género, la disponibilidad de apoyo social, el acceso a servicios de salud culturalmente pertinentes, las experiencias de discriminación y racismo sanitario, la intencionalidad o no del embarazo, y la calidad del acompañamiento profesional. Asimismo, un enfoque **intercultural y transcultural** resulta fundamental para comprender la diversidad de prácticas, significados y valores que atraviesan la gestación, el parto y la crianza (Golse y Moro, 2019), especialmente en territorios con fuerte presencia de pueblos originarios y en entornos rurales donde coexisten conocimientos biomédicos y saberes comunitarios.

En muchos contextos, los recursos destinados a la prevención y el acompañamiento perinatal siguen siendo insuficientes. El estigma, el temor a pedir ayuda y la falta de formación específica del personal de salud dificultan que las personas gestantes puedan expresar sus malestares, lo que lleva a que solo una minoría de los casos sea identificada y adecuadamente atendida. Estas barreras se profundizan en adolescentes, en personas que transitan embarazos no intencionales o en quienes viven situaciones de violencia de género, pobreza o aislamiento social.

La literatura evidencia que los problemas de salud mental perinatal se relacionan estrechamente con los **resultados obstétricos y neonatales**, como parto prematuro, bajo peso al nacer y mayores complicaciones posparto, así como con el **desarrollo infantil temprano (DIT)**, afectando el establecimiento del apego y la calidad del entorno socioemocional en los primeros años de vida (García-Esteve y Valdés Miyar, 2017). En la Argentina, persisten brechas significativas para abordar estos desafíos: falta de datos sobre salud mental perinatal, escasa formación específica, falta de herramientas estandarizadas de diagnóstico y derivación, circuitos de atención poco articulados y desigual acceso según región, ruralidad o pertenencia comunitaria.

En este escenario, el proyecto **Hablemos de Salud Mental Perinatal** se desarrolla desde un enfoque de derechos y equidad, reconociendo la salud mental perinatal como parte integral del derecho a la salud y como un componente central del bienestar de las personas gestantes, especialmente en las adolescencias. Asimismo, incorpora una perspectiva **intercultural y transcultural**, que valora los saberes locales, reconoce las particularidades culturales de cada territorio y promueve prácticas de cuidado respetuosas, humanizadas y socialmente situadas. Desde esta mirada, fortalecer la salud mental perinatal implica construir sistemas de cuidado más accesibles, cercanos y articulados, que garanticen acompañamiento emocional, detección temprana y redes de apoyo reales para todas las familias.

2

Desarrollo del proyecto

2.1

Etapas

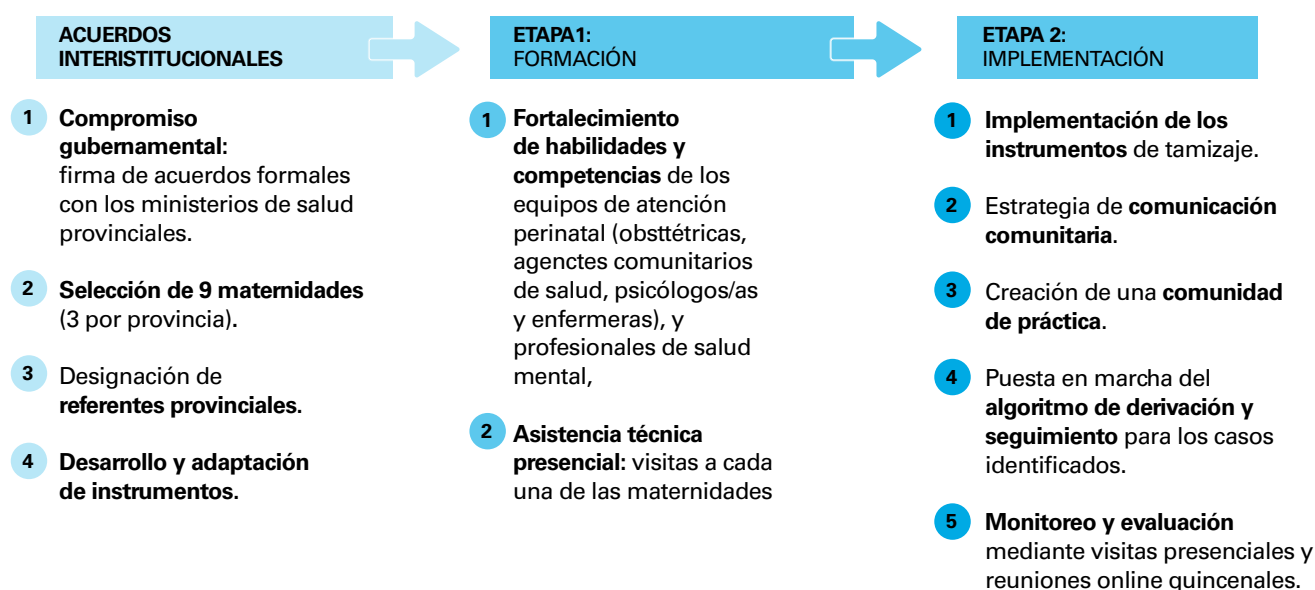
El proyecto se desarrolló en dos etapas complementarias. La primera estuvo dedicada a la **formación y sensibilización** de profesionales de atención en el área perinatal (principalmente obstétricas), mediante un curso virtual de 30 horas, desarrollado en 8 semanas, que abordó —entre otros temas— los determinantes sociales de la salud mental perinatal, aspectos éticos y culturales, y el entrenamiento teórico-práctico para el uso de herramientas de detección: KINDEX, Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), GAD-7 y preguntas de la Guía NICE.

La formación incluyó además un encuentro presencial coordinado por la referente designada para el proyecto en cada provincia y el personal técnico de Fundación Kaleidos y UNICEF. En esa instancia, también se analizaron los diferentes escenarios de riesgo psicosocial en el embarazo, se presentó un algoritmo de trabajo según los niveles de riesgo psicosocial, y se identificaron barreras y facilitadores del proyecto en cada maternidad. La formación se brindó a 3 cohortes, con un total de 220 personas inscriptas. De ese total, 79 completaron las evaluaciones y los requisitos para finalizar la formación, y obtuvieron su certificación.

La segunda etapa correspondió a la **implementación territorial, la recolección de datos y el diseño de hojas de rutas provinciales**, lo que incluyó la administración de los instrumentos en maternidades y centros de atención primaria de la salud (CAPS), la identificación de niveles de riesgo, la construcción de circuitos locales de cuidado y la articulación con múltiples actores: obstetricia, trabajo social, salud mental, servicios comunitarios, y recursos institucionales y comunitarios que integran la red ampliada de acompañamiento perinatal.

Esta etapa incluyó 8 visitas de asistencia técnica presencial por parte del equipo de UNICEF y Fundación Kaleidos a cada maternidad participante, desde marzo a diciembre de 2025. Los objetivos fueron: reforzar la administración de las herramientas de detección, realizar trabajos grupales con escenarios simulados (riesgo obstétrico alto/moderado), la definición de circuitos locales de atención (algoritmos/hojas de ruta) y la identificación de estrategias en cada localidad y provincia. En la implementación participaron las y los 79 profesionales de la salud con certificación: 40 de Chaco, 17 de Misiones y 22 de Salta.

Gráfico 1. Acuerdos interinstitucionales y etapas del proyecto



2.2

Localidades, instrumentos y protocolo

El proyecto se realizó en 9 localidades, 3 por provincia. En Chaco, participaron Resistencia, Castelli y Sáenz Peña.¹ En Misiones se llevó a cabo en Oberá y Puerto Iguazú.² En Salta se implementó en Tartagal, Güemes y Orán.³

A lo largo del proyecto se utilizaron varios instrumentos estandarizados, siguiendo un protocolo previamente establecido y diseñado por el equipo de UNICEF y Fundación Kaleidos. En primer término, se utilizó la escala **KINDEX** (Spyridou *et al.*, 2016)⁴ que define un rango de riesgo psicosocial en el embarazo (alto, medio y bajo). Si el KINDEX arrojaba un alto o medio riesgo psicosocial, se procedía con la administración de la EPDS y el GAD-7. En caso de riesgo bajo, se continuaba el seguimiento mediante las preguntas de la Guía NICE (2014).

La **Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS)** es un cuestionario autoadministrado de 10 ítems, ampliamente utilizado para el tamizaje de síntomas depresivos durante el embarazo y el posparto. Evalúa aspectos como anhedonia, ansiedad, tristeza persistente y pensamientos suicidas, y permite identificar tempranamente a personas gestantes o púerperas que pueden requerir una evaluación clínica adicional.⁵

La herramienta **GAD-7** (Generalized Anxiety Disorder – 7 ítems)⁶ es un cuestionario breve de autoinforme diseñado para evaluar la presencia y la gravedad de los síntomas de ansiedad generalizada. Cada uno de sus 7 ítems indaga con qué frecuencia durante las últimas 2 semanas la persona experimentó síntomas centrales del trastorno de ansiedad generalizada (como inquietud, nerviosismo, dificultad para controlar las preocupaciones).

Las preguntas definidas en la **Guía NICE** (2014) se realizaron en cada consulta obstétrica con el objetivo de llevar a cabo un seguimiento de las personas gestantes y púerperas con bajo riesgo psicosocial: “Durante el último mes, ¿con qué frecuencia te sentiste desanimada, triste o sin esperanzas?”, “Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuviste poco interés o poco placer en hacer las cosas que normalmente hacés?”. Si la persona responde afirmativamente a una o a las 2 preguntas anteriores, se le pregunta: “¿Deseás recibir ayuda) (sí-no)”.

Todos los instrumentos estandarizados de tamizaje se cargaron en la plataforma KoboToolbox. Se crearon datos de acceso y carga para cada hospital y un solo usuario con acceso a los datos por cada provincia. Antes de iniciar

1/ El sistema de salud de Resistencia cuenta con instituciones de alta complejidad, entre ellas el Hospital Perrando y el Hospital Pediátrico Avelino Castellan, además de una amplia red de centros de salud barriales que sostienen la atención primaria y la articulación territorial. Castelli es la puerta de entrada al impenetrable chaqueño y cuenta con el Hospital Bicentenario, que amplió equipamiento y servicios en los últimos años, y se articula con centros de salud distribuidos en barrios y parajes. En Sáenz Peña está el Hospital “4 de Junio. Ramón Carrillo”, que brinda atención general, urgencias, obstetricia y múltiples especialidades, complementada por centros de salud municipales y provinciales que cubren la atención primaria y la derivación hacia el nivel hospitalario.

2/ La localidad de Eldorado fue seleccionada, pero finalmente no participó de la fase de implementación por una reorganización interna de la provincia. El sistema sanitario de Oberá se organiza alrededor del Hospital SAMIC de Alta Complejidad, que actúa como referencia para toda la zona centro, complementado por múltiples CAPS urbanos y periurbanos. En Puerto Iguazú, el Hospital SAMIC, el Hospital Modular y una red de CAPS atienden una demanda local y estacional elevada.

3/ En Tartagal se encuentra el Hospital Juan Domingo Perón, donde funciona una oficina de salud intercultural, para atender a poblaciones originarias en lenguas y con contención cultural. Güemes cuenta con el Hospital Dr. Joaquín Castellanos, de nivel de complejidad IV, que cubre a personas de la localidad y parajes vecinos. El principal hospital público de Orán es el San Vicente de Paul y también hay un centro sanitario modular.

4/ Es un cuestionario diseñado para la detección temprana de riesgos psicosociales durante el embarazo, que permite identificar factores asociados a la salud mental materna, antecedentes de violencia, consumo de sustancias, condiciones socioeconómicas, apoyos disponibles y aspectos obstétricos relevantes. En este proyecto se utilizó una versión adaptada culturalmente al contexto argentino, elaborada por un equipo de especialistas durante la fase inicial, a partir del cuestionario en español validado por Spyridou *et al.* (2016). El objetivo es brindar a los equipos de salud una herramienta estandarizada que facilite la identificación temprana de situaciones que podrían requerir seguimiento, derivación o apoyo psicosocial. El instrumento combina distintos indicadores y clasifica a las participantes en riesgo psicosocial alto, moderado o bajo. Se considera riesgo alto cuando hay respuestas positivas en al menos 2 de los siguientes ítems: edad menor a 16 años; familia monoparental; haber sufrido o estar sufriendo abuso o acoso sexual; embarazo como resultado de un abuso; consumo actual de drogas; antecedentes de internación psiquiátrica; o sensación reciente de no poder controlar aspectos importantes de la vida. Se considera riesgo moderado cuando se registran respuestas positivas en 4 o más de los siguientes factores: edad menor a 21 años o mayor a 39 años; hacinamiento (más de 3 personas por habitación); complicaciones en el embarazo o percepción de riesgo para la salud; aborto voluntario o espontáneo previo; aumento de discusiones de pareja en los últimos 2 meses; peleas físicas recientes; o antecedentes de violencia de género.

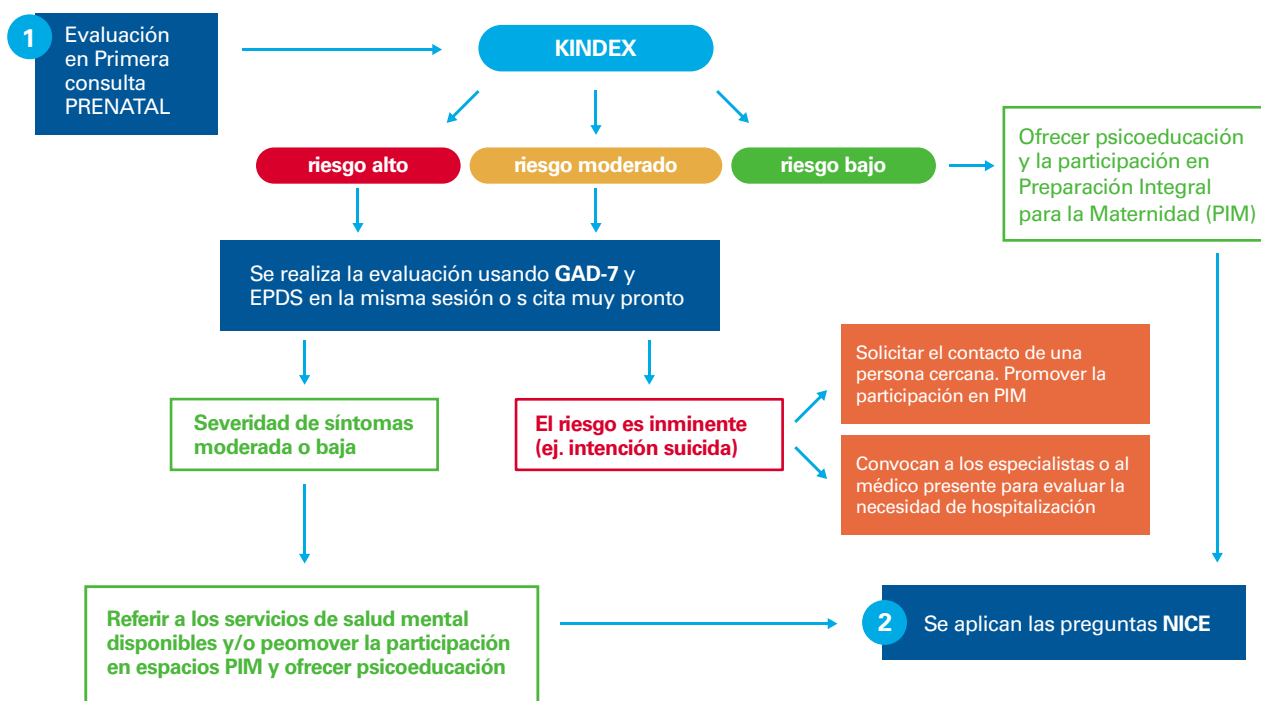
5/ Se considera riesgo de depresión cuando la EPDS obtiene un puntaje igual o superior a 13. La pregunta 10 (“He pensado en hacerme daño”) funciona como un ítem de alerta inmediata. Si la gestante responde “sí” en cualquiera de sus opciones (“a veces”, “bastante a menudo” o “muy a menudo”), siempre se considera un indicador de riesgo elevado, independientemente del puntaje total. En la Argentina, la EPDS cuenta con validaciones psicométricas en población local, que demostraron buena consistencia interna, una estructura factorial adecuada y capacidad para discriminar distintos niveles de riesgo (López Janer *et al.* 2021). Estudios recientes en varias provincias confirmaron su validez y pertinencia cultural, respaldando su uso en maternidades, centros de salud y programas de acompañamiento perinatal como herramienta confiable para la detección temprana de depresión perinatal (Arguello Caro *et al.*, 2023; González *et al.*, 2023).

6/ En la Argentina, esta escala fue validada por González Zabala *et al.* (2022). Se responde en una escala tipo Likert de 0 (“nada en absoluto”) a 3 (“casi todos los días”), de modo que la puntuación total puede variar de 0 a 21. Se considera riesgo de ansiedad cuando el puntaje es 10 o más. Se utiliza ampliamente en contextos de tamizaje de ansiedad, para monitorear la evolución de los síntomas o para identificar a personas que podrían beneficiarse de una evaluación más profunda o intervención terapéutica.

la toma de datos se solicitó un consentimiento informado a las personas participantes. Se garantizó la protección de la información, así como el almacenamiento y el respaldo confiable de los datos.

El protocolo que orientó la toma de datos y las acciones iniciales del proyecto fue el siguiente.

Gráfico 2. Protocolo para la identificación de riesgos psicosociales a partir de KINDEX y referencias de actuación iniciales



3

Resultados

La aplicación de los instrumentos se realizó desde febrero a octubre de 2025. Se llevaron a cabo 377 encuestas a embarazadas: 102 en Chaco, 124 en Misiones y 151 en Salta. Las tomas fueron realizadas en 220 oportunidades por obstétricas, en 6 por tocoginecólogos y en 151 por otros agentes de salud. A continuación, se indican los resultados según indicadores, instrumentos y cruces de variables.

3.1

Resultados según indicadores seleccionados

El promedio de edad de las participantes del proyecto fue **26 años** (rango: 14-52). El **60%** se concentró entre los 20 y 30 años. Del total, 60 eran adolescentes, de las cuales 9 tenían menos de 15 años, y 51 entre 16 y 19.

La mayoría nació en la **Argentina** y solo 4 en países limítrofes. Cinco personas no contaban con DNI, todas adultas. En cuanto a **autoidentificación étnica**, el **57,6% se reconoció mestiza**, el 29,4% blanca y el 11,7% indígena, con diferencias provinciales: predominio de población blanca en Chaco y mestiza en Misiones y Salta.

Respecto al **nivel educativo**, la mayoría alcanzó **secundaria incompleta (36%) o secundaria completa (29%)**. Solo una participante tenía formación universitaria. En Misiones se registraron mayores proporciones de niveles educativos incompletos. Entre las adolescentes, 10 estaban estudiando al momento del relevamiento, mientras que 8 menores de 15 años no asistían a la escuela. Para continuar el análisis, estas categorías se reunieron en otras dos: nivel educativo alto (secundaria completa y más) y nivel educativo bajo (hasta secundaria incompleta): el **57,5%** presentó **bajo nivel educativo** (hasta secundaria incompleta).

En relación con la **estructura familiar**, el **83% vivía en pareja**, mientras que el **16,7% conformaba hogares monoparentales**. La monoparentalidad es más frecuente en adolescentes menores de 15 años. Se registraron 13 madres solas en Chaco, 22 en Misiones y 28 en Salta.

El **promedio de edad del padre del bebé fue de 29 años** (rango: 16-53). En adolescentes, la diferencia de edad con la pareja promedió 4,9 años, con variaciones amplias.

Sobre las condiciones habitacionales, la mayoría reside en hogares con **2 o 3 habitaciones, y el promedio de personas por vivienda es 5,3**. El 64% vive con 5 personas o menos.

Las embarazadas se encuentran mayoritariamente en etapas avanzadas de la gestación: casi la mitad cursa el **tercer trimestre**, un momento en el que suelen intensificarse malestares físicos y preocupaciones. Más de la mitad refiere **dolores, molestias o malestar**, y una proporción menor presenta enfermedades crónicas, incluidas patologías complejas entre adolescentes. Casi 1 de cada 4 embarazadas transita **complicaciones obstétricas en el embarazo actual**; y 1 de cada 5 tiene antecedentes de interrupciones o pérdidas gestacionales. Estas condiciones, sumadas a experiencias previas de adversidad, constituyen un terreno propicio para la aparición de malestar emocional.

El **embarazo no intencional** emerge como un factor de vulnerabilidad destacado: se presenta en el **56% del total** y en el **60% de las adolescentes**, grupo que además muestra menores niveles de percepción de bienestar y de capacidad para afrontar dificultades. Aunque la mayoría expresa entusiasmo por el embarazo, los niveles de **preocupación elevada** son frecuentes, especialmente en relación con la situación económica. Las respuestas sobre estrés y manejo de dificultades muestran un panorama heterogéneo: si bien más de la mitad señala mantener cierto control sobre las situaciones importantes de su vida, un porcentaje significativo refiere que las dificultades “se acumulan”, especialmente en adolescentes y en algunas provincias. Esto sugiere un equilibrio

emocional frágil, donde la percepción subjetiva de recursos personales es variable y, en algunos casos, limitada.

El **consumo de sustancias** constituye otro componente relevante. El consumo propio de tabaco y alcohol es relativamente bajo, pero esto podría deberse al estigma que existe en el período perinatal. Aun así, resulta preocupante la presencia de **consumo de tabaco y alcohol en las parejas de las mujeres entrevistadas**, reportado por casi la mitad, y el registro de consumo de drogas en 11 casos. Estos hábitos combinados con otras situaciones pueden incrementar el riesgo psicosocial y complicar el curso del embarazo.

La **violencia de género** apareció como un factor de riesgo claro: 1 de cada 5 embarazadas siente que discute más desde el embarazo, y se reportaron peleas fuertes o incluso físicas en una proporción menor pero significativa. Este patrón se intensifica entre adolescentes, quienes registraron mayores niveles de malestar vinculado a sus relaciones afectivas. El conflicto de pareja es un predictor conocido de depresión y ansiedad perinatal, por lo que su presencia constituye un indicador sensible para la intervención temprana.

Los **antecedentes de violencia y abuso** constituyen uno de los hallazgos más críticos del estudio. Un **32%** vivió violencia física o maltrato en la infancia y un **17%** atravesó abuso o acoso sexual, con valores más altos en Misiones y Salta. Además, 14 embarazos actuales fueron reportados como consecuencia de un abuso. Estos antecedentes, ampliamente asociados a riesgo psicosocial alto, afectan la vivencia emocional de la gestación, la capacidad de afrontamiento y la salud mental materna.

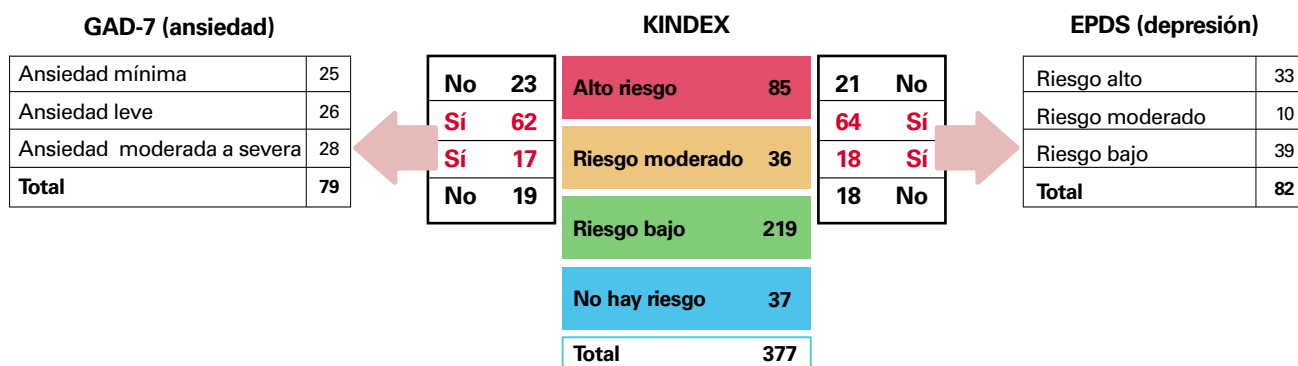
Junto a estos riesgos, las encuestadas señalaron algunos **factores protectores** importantes. La mayoría vivía en pareja y declaró sentir entusiasmo por el embarazo, lo que puede contribuir a un entorno emocional más estable. Muchas refirieron sentir que “las cosas van bien” al menos parte del tiempo, y más de la mitad señaló que “rara vez” siente perder el control sobre lo que ocurre en su vida. También se identificaron necesidades y recursos potenciales: las menciones a **consejerías, preparación para la maternidad, espacios grupales, apoyo psicológico y acompañamiento familiar** sugieren que existen redes y dispositivos que pueden ampliarse para fortalecer el bienestar emocional durante la gestación.

3.1

Resultados según los instrumentos

La aplicación combinada de **KINDEX, EPDS y GAD-7** permitió identificar un conjunto de factores psicosociales y emocionales relevantes para la salud mental perinatal en las tres provincias.

Gráfico 3. Síntesis de aplicación y resultados de las escalas



El **KINDEX** mostró que **más de un tercio de las embarazadas presenta riesgos psicosociales significativos**: el **22,5%** se ubicó en **riesgo alto** y el **9,5%** en **riesgo moderado**. Los factores más frecuentes fueron el embarazo no intencional, los antecedentes de violencia física o sexual, la conflictividad de pareja, el bajo nivel educativo y situaciones de hacinamiento o dificultades económicas. En las adolescentes estos riesgos se expresan con mayor intensidad, especialmente en relación con el control emocional, los antecedentes adversos y la inestabilidad vincular.

La **EPDS** evidenció que un **40%** de quienes completaron la escala presentó **alto riesgo de depresión perinatal**. Este resultado se vincula con altos niveles de preocupación por el futuro, malestares físicos persistentes, antecedentes de eventos traumáticos y baja percepción de apoyo. La presencia elevada de síntomas depresivos constituye un indicador crítico para el seguimiento clínico y la derivación temprana.

El tamizaje de **ansiedad mediante GAD-7** mostró que **35%** de las embarazadas que completaron la escala presentaban **ansiedad moderada o severa**, lo que sugiere un nivel de activación emocional que puede afectar el curso del embarazo, la vivencia de la gestación y la capacidad de afrontamiento. La ansiedad se presentó con mayor frecuencia en contextos de conflictividad de pareja, preocupaciones económicas y antecedentes de violencia.

En conjunto, los tres instrumentos revelaron un perfil caracterizado por **altos niveles de estrés emocional, antecedentes traumáticos y vulnerabilidad psicosocial**, con particular impacto en adolescentes. Al mismo tiempo, la identificación temprana de estos indicadores permitió orientar derivaciones y fortalecer los circuitos de acompañamiento, mostrando la utilidad de estas herramientas para mejorar la atención integral durante el embarazo.

3.3

Resultados según cruces de variables

El análisis de los cruces de variables permite identificar con mayor precisión qué condiciones personales, familiares y contextuales están asociadas a mayores niveles de riesgo psicosocial durante el embarazo. En términos generales, la mayoría de los factores examinados mostraron asociaciones **modestas**, aunque algunos posibilitaron identificar **alertas claras** que deberían orientar la intervención.

En relación con la **composición familiar**, en todos los niveles de riesgo evaluados por el KINDEX, la mayoría de las mujeres vivía en pareja (más del 80%), mientras que las familias monoparentales representaron entre el 13% y el 19% de los casos. Si bien las diferencias entre categorías son leves, se observó una presencia algo mayor de madres que viven solas en el nivel de riesgo alto, lo que sugiere que la monoparentalidad podría estar asociada a una mayor exposición a factores psicosociales de vulnerabilidad.

El **nivel educativo**, en cambio, sí mostró una asociación consistente: las embarazadas con menor escolaridad (hasta secundaria incompleta) presentaron proporciones más altas de riesgo alto y moderado, mientras que los niveles más elevados de educación se concentraron en la categoría “no hay riesgo”. Este hallazgo sugiere que la escolaridad funciona como un **factor protector**, posiblemente asociado a mayores recursos de afrontamiento, acceso a información y redes de apoyo.

Los indicadores vinculados a la **relación de pareja** evidenciaron asociaciones débiles, aunque con tendencias relevantes. La frecuencia de discusiones y, en menor medida, la presencia de peleas físicas, es algo mayor entre quienes se encontraron en las categorías de riesgo alto o moderado. Sin constituir un patrón estadísticamente robusto, estas tendencias señalan que la conflictividad de pareja contribuye a un clima emocional menos favorable durante la gestación.

En cuanto a las condiciones habitacionales, el **hacinamiento** se asocia a un incremento del riesgo moderado, aunque no afecta de manera marcada la distribución del riesgo alto. Este dato indica que el contexto material del hogar puede incidir en la acumulación de tensiones, especialmente en los niveles intermedios de vulnerabilidad.

Por el contrario, variables como la **identificación étnica** no presentaron variaciones significativas en la distribución del riesgo, lo que sugiere una mayor influencia de factores socioeconómicos y psicosociales que de pertenencias identitarias.

Un aspecto de gran relevancia es la relación entre riesgo y la **expectativa del embarazo**. Si bien las diferencias no son amplias, quienes no esperaban el embarazo tendieron a presentar mayor proporción de riesgo alto, lo que podría vincularse con sentimientos de incertidumbre, menor planificación o menor disponibilidad de apoyos.

Entre todos los factores analizados, el predictor más contundente es el **haber sufrido abuso sexual al momento de la encuesta o en la infancia o la adolescencia**. En este grupo, el 78,5% se ubicó en riesgo alto, frente al 10,9% entre quienes no reportaron este antecedente. Este hallazgo reafirma que las experiencias traumáticas tempranas constituyen un **determinante crítico del riesgo psicosocial perinatal**, y deben ser consideradas prioritarias en la orientación de la atención.

Finalmente, otros elementos que, si bien aparecen en números reducidos, funcionan como **señales de alerta**, son los antecedentes de internación por motivos de salud mental y haber requerido ayuda profesional en momentos de crisis, ambos asociados con alta prevalencia de riesgo elevado.

En conjunto, estos resultados muestran que el riesgo psicosocial durante el embarazo se configura a partir de una combinación de factores individuales, históricos y contextuales, donde los antecedentes de violencia, el nivel educativo y ciertas condiciones del entorno se destacan como elementos centrales para el diseño de intervenciones preventivas y de acompañamiento.

Durante la implementación del proyecto, la salud mental perinatal logró posicionarse en la agenda pública de Chaco, Misiones y Salta gracias a un conjunto de acciones estratégicas y sostenidas. En primer lugar, el trabajo coordinado y permanente entre los equipos técnicos de UNICEF, Fundación Kaleidos y los equipos provinciales resultó decisivo para construir confianza, generar capacidades instaladas y asegurar una intervención coherente. Esto incluyó viajes periódicos a las diferentes localidades, instancias de supervisión quincenal *online* y canales de consulta permanente, que permitieron acompañar a los equipos frente a dudas clínicas, organizacionales o de gestión.

En segundo lugar, la conformación de grupos de trabajo interdisciplinarios en cada localidad —en CAPS y hospitales— favoreció la construcción de una mirada integral de la salud perinatal y habilitó espacios de reflexión conjunta sobre prácticas, circuitos de atención y estrategias de abordaje. Estos grupos no solo mejoraron la incipiente coordinación entre niveles de atención, sino que ampliaron la comprensión de los factores psicosociales que inciden en el bienestar durante el embarazo y el posparto.

Finalmente, un elemento clave del proceso fue el trabajo participativo orientado a la formulación de recomendaciones para el desarrollo de hojas de ruta provinciales de salud mental perinatal, elaboradas junto a referentes locales. Este trabajo permitió identificar prioridades, consensuar criterios y orientar la estandarización de prácticas, así como contribuir a la discusión sobre la incorporación progresiva de la temática en los procesos institucionales e intersectoriales. Las recomendaciones producidas se configuran como insumos relevantes para la sostenibilidad del proyecto y para una eventual ampliación de este enfoque, tanto hacia otras provincias como hacia futuros lineamientos nacionales en salud perinatal.

La experiencia de implementación dejó importantes aprendizajes que fortalecen la comprensión de cómo introducir de manera efectiva la salud mental perinatal en los sistemas provinciales de salud. Una primera lección fue que la capacitación aislada no es suficiente: los equipos se apropiaron verdaderamente de los instrumentos cuando contaron con acompañamiento técnico continuo, supervisión de casos y espacios estables para revisar dificultades y fortalecer criterios de acción. Herramientas como el KINDEX, la EPDS, el GAD-7 o las preguntas NICE se integraron mejor cuando su uso formó parte de un circuito local claro de atención y seguimiento.

También se aprendió que la salud mental perinatal requiere equipos interdisciplinarios vinculados entre sí. La detección temprana y el acompañamiento adecuado dependen de la participación activa de obstétricas, agentes sanitarios, psicólogos, trabajadoras sociales y personal de enfermería, y se fortalecen cuando existen grupos de trabajo estables. Allí donde esto ocurrió, se observó mayor fluidez en la identificación de señales de alerta, mejor resolución de derivaciones y un abordaje más integral de los determinantes psicosociales.

Otra lección central fue la necesidad de contar con circuitos definidos para la derivación y el seguimiento. La detección temprana solo es efectiva si se articula con dispositivos capaces de responder oportunamente, especialmente ante situaciones de violencia de género, riesgo suicida o vulnerabilidad social. El proceso de implementación permitió el inicio de la construcción de estos circuitos junto a los equipos locales, generando una capacidad institucional que puede perdurar más allá del proyecto.

Por último, se evidenció que la dimensión política y de gestión es tan relevante como la técnica. La validación por parte de autoridades provinciales, la inclusión de la temática en reuniones de planificación y la incorporación de herramientas en sistemas de registro y atención son aspectos claves para la sostenibilidad del proyecto a largo plazo.

5

Recomendaciones

Como cierre del proyecto, se definió una serie de recomendaciones destinadas a formar parte de las hojas de ruta de las provincias, con el objetivo de sostener y ampliar lo alcanzado.

Entre ellas se destacan:

- Incorporar en las agendas obstétricas **turnos protegidos para toma de KINDEX y valoración de riesgo psicosocial**.
- **Integrar el KINDEX en las historias clínicas** digitales.
- Extender las **preguntas de la GUÍA NICE a todas las puérperas** por su alto nivel de aceptación.
- Sostener el **uso de la EPDS y GAD-7**.
- Ampliar la **presencia de los PIM en los espacios de atención obstétrica**.
- Incorporar **pautas de alarma psicosocial** en las consultas y en los talleres de PIM.
- Reforzar la estrategia de **cita próxima a consulta** obstétrica cuando se detecten indicadores de riesgo psicosocial.
- Mantener y sistematizar el **seguimiento telefónico** en situaciones de especial vulnerabilidad, como violencia de género.
- Aprovechar los **recursos sociocomunitarios** y las líneas de apoyo existentes locales y provinciales.
- Avanzar hacia la **unificación de los sistemas de historias clínicas digitales entre niveles de atención**.
- Establecer el trabajo en **red intersectorial** con instituciones y organismos que trabajan en el campo de la salud perinatal y de desarrollo infantil temprano.

Estas recomendaciones, surgidas del trabajo conjunto con las provincias, configuran un marco estratégico destinado a orientar la continuidad de las prácticas inauguradas durante el proyecto y a fortalecer la capacidad provincial para la detección, el acompañamiento y el seguimiento en salud mental perinatal.

De cara a la sostenibilidad del proceso iniciado, resulta fundamental continuar fortaleciendo diversas dimensiones del trabajo provincial en salud mental perinatal. En primer lugar, se vuelve necesario **profundizar la formación continua** y mantener **espacios de supervisión** clínica periódica, especialmente en contextos con alta rotación de personal, donde la actualización sistemática asegura la calidad y la continuidad de las prácticas incorporadas. Esto se podría realizar con los equipos ya capacitados que podrían actuar bajo el modelo de “formación de formadores”. Asimismo, se requiere consolidar los **circuitos de derivación intersectorial** que articulan salud, desarrollo social, dispositivos de atención a situaciones de violencia y redes comunitarias, garantizando respuestas integrales y oportunas ante situaciones de riesgo psicosocial.

También es importante mejorar la **accesibilidad a la atención psicológica**, tanto mediante estrategias presenciales como remotas, especialmente en localidades con oferta pública limitada. Sumado a ello, el **fortalecimiento de los sistemas de información** —a partir de registros consistentes y sistemas interoperables entre niveles de atención— podría optimizar la trazabilidad de los casos y asegurar continuidad en los cuidados. Finalmente, es relevante promover una **mayor participación comunitaria a través de espacios grupales**, PIM ampliados y redes de acompañamiento, al tiempo que se avanza hacia la incorporación progresiva de la salud mental perinatal en **normativas y lineamientos provinciales y/o locales**, que consoliden las prácticas desarrolladas y sienten las bases para su replicación en otras provincias y regiones.

Referencias

- Argüello Caro, L. et al. (2023). Evaluación de riesgo de depresión postparto en gestantes bajo atención obstétrica en un Hospital Universitario de Córdoba, Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 80 (Suplemento JIC XXIV). <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/42824>
- Defey, D. (s. f.). *El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de salud*. INAU y CAIF.
- Fernández Lorenzo, P. et al. (2020). *Psicología del embarazo*. Síntesis.
- García-Esteve, L. y Valdés Miyar, M. (2017). *Manual de Psiquiatría Perinatal*. Ed. Panamericana.
- Golse, B. y Moro, M. (2019). *Crece en situación transcultural. Una oportunidad para las infancias*. Miño y Dávila.
- González, M. F. et al. (2023). Salud mental perinatal en pandemia por covid-19: un estudio con púerperas en dos provincias Argentinas. *Revista Argentina De Salud Pública*, 15, e98. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/826>
- González Zabala, A. G. et al. (2022). Evidencias de validez y confiabilidad de la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). *Revista de Ciencias Empresariales y Sociales*, 8(5), 121-135.
- González, M. F. y Mattioli, M. (2024). Salud mental perinatal y cuidados: intersecciones y reconfiguraciones en contexto de pandemia por Covid-19, en Argentina. *Interface (Botucatu)* 28. <https://doi.org/10.1590/interface.230068> ([scielosp.org](https://doi.org/10.1590/interface.230068))
- Ley de Parto Respetado (N.º 25.929)
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
- Ley de los 1000 días (N.º 27.611)
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/346233/norma.htm>
- Ley Nacional de Salud Mental (N.º 26.657)
<https://iah.msal.gov.ar/doc/Documento224.pdf>
- López Janer, C. et al. (2021). Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión de Edimburgo en una Muestra Argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, vol. 4, núm. 61, pp. 33-47
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Salud mental perinatal: manejo clínico y guía de servicios* (NICE Clinical Guideline CG192). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Oberman, A. (2013). *Nacer y acompañar*. Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal. Lugar Editorial.
- Olza, I. et al. (2021). An ecosystemic model for comprehensive perinatal mental health care. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 23-35. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003>
- OMS (2008). *Maternal Mental health and child health and development in low and middle income countries*. Ginebra.
- OMS (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*.
<https://iris.who.int/handle/10665/362880> ([iris.who.int](https://iris.who.int/handle/10665/362880))
- Spyridou, A. et al. (2016). Prenatal screening for psychosocial risks in a high risk-population in Peru using the KINDEX interview. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 13. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0799-x>