



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Diseño de un dispositivo de acompañamiento psicológico perinatal para mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad en Neuquén: Talleres de Preparación Integral para la Maternidad (PIM)

Estudiante: Lambrecht, Melina Fernanda.

Legajo: 30304

Directora: Dinamarca, Mariana.

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en Psicología.

2026

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO
DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

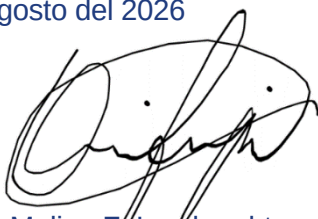
El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO:

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [05/08/2026]

Lugar y fecha: Neuquén, 05 de agosto del 2026

Firma y aclaración del autor:


Melina F. Lambrecht.


Arq. Ruth Fische
Rectora UFLO

Tabla de contenido

Resumen	5
Abstract	5
1. Introducción	
1.1 Delimitación del problema	6
1.2 Justificación, fundamentación y aportes del TFI	8
1.3 Planteamiento del problema y pregunta de investigación	9
1.4 Objetivo general	10
1.5 Objetivos específicos	10
2. Estado del Arte	11
3. Marco teórico	19
3.1 Psicología perinatal y salud mental perinatal	19
3.2 Embarazo, parto y puerperio como procesos biopsicosociales	23
3.3 Trauma, vulnerabilidad psicosocial y privación de libertad	22
3.4 Maternidad en prisión y subjetividad femenina	24
3.5 Vínculo temprano, apego y construcción de la maternidad	27
3.6 Manifestaciones clínicas frecuentes en salud mental perinatal	29
3.7 Acompañamiento psicológico perinatal desde la perspectiva de género y derechos humanos	32
3.8 Síntesis conceptual del marco teórico	34
4. Marco Normativo e institucional	35
5. Método	40
6. Resultados de la revisión teórica y documental	42
7. Propuesta de acompañamiento psicológico perinatal para mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad en Neuquén	49
7.2.1 Objetivo general	50
7.2.2 Objetivos específicos	50
7.3 Destinatarios directos e indirectos	50
7.4 Metodología de trabajo	51
7.5 Duración y modalidad de implementación	51
7.6 Responsables y equipo interdisciplinario	52
7.7 Localización física	52
7.8 Recursos humanos, materiales e institucionales	53
7.9 Desarrollo de los encuentros	53
7.10 Cronograma de implementación	56
7.11 Devolución de resultados	56
8. Evaluación prevista de la propuesta de intervención psicológica perinatal	59

8.1 Criterios de evaluación de proceso	59
8.2 Indicadores de resultados esperados	60
8.3 Instrumentos de registro y evaluación	61
8.4 Rúbrica de valoración de la propuesta	62
8.5 Criterios de logro y ajuste del dispositivo	62
9. Conclusiones, aportes, limitaciones y líneas futuras	64
9.1 Conclusiones y discusión	64
9.2 Aportes y contribuciones	65
9.3 Limitaciones	65
9.4 Líneas futuras de investigación e intervención	66
Referencias	67

Resumen

La investigación tuvo como propósito elaborar una propuesta de acompañamiento psicológico perinatal, mediante Talleres de Preparación Integral para la Maternidad (PIM), dirigida a mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad en Neuquén, con referencia a la Unidad de Detención N.º 16. El estudio se desarrolló mediante una revisión teórica y documental de bibliografía científica, normativa, guías técnicas, e informes institucionales sobre salud mental perinatal, maternidad en prisión, trauma, vínculo temprano, perspectiva de género, derechos humanos y barreras institucionales del cuidado. Los resultados de la revisión permitieron identificar necesidades psicológicas, vinculares e institucionales específicas, así como obstáculos relacionados con la lógica de custodia, la disponibilidad profesional, la privacidad, la continuidad del acompañamiento y los circuitos de derivación. A partir de estos hallazgos, se diseñó un dispositivo grupal, psicoeducativo, clínico-preventivo e institucional compuesto por cinco talleres orientados a trabajar la elaboración subjetiva de la maternidad, el vínculo temprano, la expresión emocional, la regulación afectiva, la preparación para el puerperio, la posible separación o el egreso, y la detección temprana de señales de alarma. La propuesta estuvo integrada por los siguientes elementos: fundamentación, objetivos, destinatarias, metodología, recursos, cronograma, modalidad de devolución, indicadores de proceso, resultados esperados y rúbrica de valoración. Se concluye que el apoyo psicológico perinatal en confinamiento constituye una intervención pertinente, necesaria y factible, siempre que se articule con los recursos institucionales disponibles y evite tanto la patologización como la naturalización del sufrimiento perinatal.

Palabras clave: acompañamiento psicológico; salud mental perinatal; mujeres privadas de libertad; maternidad en prisión; propuesta de intervención.

Abstract

The research aimed to develop a proposal for perinatal psychological support through Comprehensive Motherhood Preparation Workshops (PIM), addressed to pregnant and postpartum women deprived of liberty in Neuquén, with reference to Detention Unit No. 16. The study was based on a theoretical and documentary review of scientific literature, regulations, technical guidelines, and institutional reports on perinatal mental health, motherhood in prison, trauma, early bonding, gender perspective, human rights, and institutional barriers to care. The review findings identified specific psychological, relational, and institutional needs, as well as obstacles related to custody logic, professional availability, privacy, continuity of support, and referral pathways. Based on these findings, a group-based, psychoeducational, clinical-preventive, and institutional device was designed, consisting of five workshops focused on the subjective elaboration of motherhood, early bonding, emotional expression, affect regulation, preparation for the puerperium, possible separation or release, and early detection of warning signs. The proposal includes rationale, objectives, target population, methodology, resources, schedule, feedback procedure, process indicators, expected outcomes, and an assessment rubric. It is concluded that perinatal psychological support in confinement contexts constitutes a relevant, necessary, and feasible intervention, provided that it is articulated with available institutional resources and avoids both the pathologization and the normalization of perinatal suffering.

Keywords: psychological support; perinatal mental health; women deprived of liberty; motherhood in prison; intervention proposal.

1. Introducción

1.1 Delimitación del problema

El embarazo, el parto y el período posparto constituyen procesos biopsicosociales, donde actúan dimensiones de tipo físico, afectivo, relacional, familiar e institucional. Estos procesos van más allá del simple evento obstétrico e involucran reorganizaciones subjetivas, la construcción progresiva de la maternidad, el desarrollo de expectativas, la activación de miedos y la formación de vínculos tempranos. Algunos trastornos se pueden presentar o intensificar durante el período perinatal; entre ellos, depresión, ansiedad, estrés postraumático, trastorno bipolar, psicosis puerperal, uso problemático de sustancias y riesgo suicida. Estas situaciones son de especial interés cuando la gestación y el puerperio ocurren bajo custodia estatal, donde las condiciones institucionales pueden incidir sobre el acceso al cuidado, la autonomía corporal y la continuidad del acompañamiento psicológico.

La Organización Mundial de la Salud (WHO) plantea la necesidad de integrar la salud mental perinatal en los servicios de salud materno infantil, a través de acciones de promoción, prevención, detección temprana y atención oportuna, en poblaciones con un alto nivel de vulnerabilidad psicosocial (WHO, 2022); mientras que guías clínicas, como la del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), recomiendan evaluar la salud mental durante el embarazo y el posparto, tomando en cuenta el nivel de riesgo, la situación clínica y el contexto vital de la persona gestante (ACOG, 2023a).

Dentro de ambientes carcelarios, la experiencia perinatal se lleva a cabo en instituciones estructuralmente organizadas en torno a la seguridad, el control y la regulación de movimientos. Para las mujeres embarazadas y posparto privadas de libertad, esta situación puede afectar la preparación para el parto, la intimidad, el contacto con la red de apoyo, la lactancia, el acceso a controles de salud, la permanencia o separación del recién nacido y la posibilidad de recibir apoyo psicológico permanente. El problema no es solo la disponibilidad de atención obstétrica, sino también la calidad del apoyo emocional, la disponibilidad de espacios de escucha y la coordinación entre salud, justicia y el sistema penitenciario.

Como se indica en la literatura internacional, las mujeres embarazadas privadas de libertad tienen necesidades particulares en cuanto a atención prenatal, información sobre el embarazo y la crianza, apoyo social, asesoramiento psicológico, nutrición y abordaje del uso problemático de sustancias (Alirezaei y Latifnejad Roudsari, 2022). Además, las revisiones cualitativas sobre el embarazo y el parto durante el encarcelamiento proporcionan perspectivas de pérdida de control corporal, deshumanización, miedo, sufrimiento psicológico y angustia debido a la separación del recién nacido (Kirubarajan et al., 2022). Los resultados de estos estudios justifican intervenciones perinatales situadas, que vayan más allá de la simple transmisión de información sanitaria.

En países como Argentina, la maternidad en confinamiento sigue siendo un área poco sistematizada desde el punto de vista psicológico. Un informe publicado por la Procuración Penitenciaria de la Nación (2019), denominado “Parí como una condenada”, muestra como el embarazo, el parto y el puerperio de la mujer bajo custodia estatal se ven afectados por prácticas institucionales que no respetan los derechos a la información, el acompañamiento, la privacidad y el contacto temprano con el recién nacido. En estas circunstancias, el apoyo o acompañamiento psicológico perinatal debería proponerse como intervención para prevenir sufrimientos innecesarios, dar voz, fortalecer recursos subjetivos y reconocer a las mujeres privadas de libertad como sujetos de cuidado y derechos.

El presente estudio tuvo como propósito el diseño de una propuesta de acompañamiento psicológico perinatal dirigida a mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad en la Unidad de Detención N.º 16, ubicada en la provincia de Neuquén, Argentina. No pretende realizar una evaluación empírica, ni evaluar impacto clínico, sino diseñar una propuesta de intervención basada en una revisión teórica, normativa y situacional. El trabajo está orientado a discutir las dimensiones clínicas, psicoeducativas, institucionales y evaluativas que contribuyen a la implementación de un dispositivo de Talleres de Preparación Integral para la Maternidad (PIM) en contextos de encierro.

1.2 Justificación, fundamentación y aportes del TFI

La importancia del estudio surge de la necesidad de concientizar sobre una problemática que se deriva de la interacción entre salud mental perinatal, género, derechos humanos y privación de libertad. Aunque las mujeres embarazadas y en posparto no están privadas según la ley de su derecho a la salud, información, privacidad, trato digno y apoyo psicológico; la naturaleza de una institución penitenciaria puede causar discontinuidades en la atención, inhibir la expresión de angustia y subordinar los requerimientos emocionales a los principios de seguridad.

Profesionalmente, el estudio contribuye a establecer el papel que la psicología debe desempeñar en el apoyo perinatal dentro de las instituciones penitenciarias; dado que la intervención psicológica no solo se centra en proporcionar evaluación diagnóstica e intervenciones en crisis, sino también en la prevención, identificación de señales de advertencia, psicoeducación, apoyo emocional, fomento del vínculo en las etapas iniciales y colaboración interdisciplinaria. Este enfoque evita patologizar la maternidad en prisión, así como tampoco naturaliza el sufrimiento relacionado con encierro, la incertidumbre institucional y la separación de los vínculos afectivos.

La propuesta de apoyo psicológico perinatal se justifica institucionalmente, en la medida que pone a disposición un dispositivo viable, progresivo y coordinado con los recursos disponibles factible de ser utilizados en instituciones estatales de confinamiento. Los Talleres PIM no constituyen una estructura paralela al sistema penitenciario ni son una alternativa a la atención obstétrica, psiquiátrica, social o legal; su papel es de servir de complemento a los circuitos actuales, al crear un espacio grupal, clínico-preventivo y psicoeducativo que facilita la provisión y gestión de contenido sobre salud mental perinatal, maternidad, parto, posparto, vinculación temprana, autocuidado emocional, derechos y derivación en contextos de riesgo.

Desde una perspectiva social y ética, este trabajo aborda la identificación de mujeres que están embarazadas, paren o se encuentran en el período posparto bajo custodia formal del Estado como sujetos de palabra, deseo, vínculo y cuidado. Esta idea es consistente con los estándares y normas globales para mujeres privadas de libertad, salud reproductiva,

maternidad y trato digno, así como con los mandatos nacionales para un parto respetuoso y salud mental. Como resultado el estudio proporciona una herramienta situada, para investigar intervenciones psicológicas perinatales en entornos donde las condiciones de atención no son las más adecuadas.

1.3 Planteamiento del problema y pregunta de investigación

La inadecuada sistematización de las propuestas de apoyo psicológico perinatal para mujeres embarazadas y posparto privadas de libertad en las cárceles argentinas, haciendo foco en la provincia de Neuquén, es el problema central que guía este TFI. Existen trabajos previos sobre la maternidad en prisión, la violencia obstétrica, la salud mental perinatal, los derechos humanos y el apoyo intramuros; no obstante, se observa una escasa producción nacional y local que documenten los aspectos organizativos de dispositivos psicológicos evaluables en el contexto de la institución de confinamiento.

Esta brecha es importante, dado que las necesidades de las mujeres gestantes y en posparto privadas de libertad no se satisfacen únicamente con el control prenatal o la atención médica. También comprenden la elaboración subjetiva de la maternidad, el afrontamiento de miedos y ambivalencias, la preparación emocional para el parto, la anticipación del período posparto, la posible separación del bebé, la relación con otros hijos, el reconocimiento de señales de advertencia emocional y el fortalecimiento del vínculo temprano. Cuando estas dimensiones no son abordadas, pueden quedar invisibilizadas dentro de rutinas institucionales centradas en la custodia.

De igual manera, existen barreras que inhiben el apoyo psicológico perinatal en prisión. Esto incluye un número limitado de profesionales, estándares de acceso, autorización institucional para hacerlo, falta de privacidad, discontinuidad de las intervenciones, problemas con el mantenimiento de espacios grupales y la tensión entre cuidado y control. En el caso de Neuquén, los precedentes que rigen la Unidad de Detención N° 16 permiten posicionar este tema dentro de ciertas áreas o territorios, donde la estructura institucional, los recursos

especializados limitados y la situación de la población femenina privada de libertad adquieren un peso particular (Herrera, 2025).

En función de este problema, la pregunta de investigación que orienta el presente estudio se formula de la siguiente forma:

¿Qué componentes clínicos, psicoeducativos, institucionales y evaluativos debe incluir una propuesta de acompañamiento psicológico perinatal dirigida a mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad en Neuquén, para favorecer el bienestar emocional y el fortalecimiento del vínculo temprano en contextos de encierro?

1.4 Objetivo general

Elaborar una propuesta de acompañamiento psicológico perinatal, mediante Talleres de Preparación Integral para la Maternidad, dirigida a mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad en Neuquén, orientada a favorecer el bienestar emocional, la elaboración subjetiva de la maternidad y el fortalecimiento del vínculo temprano en contextos de encierro.

1.5 Objetivos específicos

- Caracterizar las principales necesidades psicológicas, relacionales e institucionales de mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad en contextos carcelarios.
- Identificar las principales barreras institucionales que limitan el acceso al acompañamiento psicológico perinatal en contextos de encierro.
- Definir los componentes clínicos y psicoeducativos que deberían integrar los Talleres de Preparación Integral para la Maternidad, considerando salud mental perinatal, maternidad, parto, puerperio, vínculo temprano, autocuidado emocional y derechos.
- Establecer criterios organizativos, recursos básicos e indicadores de evaluación que permitan valorar la pertinencia, factibilidad y resultados esperados de la propuesta de acompañamiento psicológico perinatal.

2. Estado del Arte

En los últimos años, la producción científica sobre el embarazo, el parto, el posparto y la maternidad en escenarios carcelarios ha aumentado, aunque continúa siendo un campo fragmentado. La evidencia se encuentra principalmente en países anglosajones, con menos desarrollo en América Latina y escasa sistematización en Argentina desde la perspectiva de la psicología perinatal. Debido a esto, el estado del arte se organiza considerando investigaciones empíricas recientes, revisiones sistemáticas o integrativas y documentos técnicos o institucionales que ayudan a situar la propuesta de intervención.

Específicamente en los contextos argentino y de Neuquén, el acompañamiento psicológico perinatal dirigido a mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad presenta una producción empírica limitada. Por ello, se priorizan estudios empíricos recientes y se complementa el análisis con revisiones y documentos institucionales relevantes, cuando estos aportan evidencia sobre necesidades, barreras, programas de intervención, derechos o condiciones de cuidado en ambientes de encierro.

Alirezai y Latifnejad Roudsari (2022), a través de su artículo “The Needs of Incarcerated Pregnant Women: A Systematic Review of Literature”, se propusieron identificar y analizar las necesidades de las mujeres embarazadas privadas de libertad, mediante una revisión sistemática de la literatura; realizaron búsquedas en bases de datos científicas (PubMed, Scopus, Web of Science, EMBASE, PsycINFO y la Biblioteca Cochrane) e identificaron 31 estudios que describen a 5.435 mujeres embarazadas. Las necesidades se clasificaron en seis categorías: servicios prenatales, de parto y postparto; información sobre embarazo, parto y crianza; apoyo institucional y social; asesoramiento o intervención psicológica; nutrición; y atención al uso problemático de sustancias.

El estudio muestra que las necesidades perinatales de las mujeres bajo confinamiento van más allá de solo el control obstétrico, siendo la incorporación de la consejería psicológica una necesidad particular. Esto resulta crucial para el presente estudio, ya que respalda la relevancia de diseñar Talleres PIM.

Kirubarajan *et al.* (2022), en su investigación titulada “Pregnancy and childbirth during incarceration: A qualitative systematic review of lived experiences”, exploran las experiencias vividas de embarazo y parto durante el encarcelamiento. Llevan a cabo una revisión sistemática cualitativa orientada a la recuperación de testimonios y estudios primarios sobre experiencias perinatales en prisión. Los resultados indican una pérdida de autonomía corporal, deshumanización, prácticas institucionales traumáticas, miedo, sufrimiento psicológico y angustia relacionada con la separación del recién nacido.

El trabajo del equipo de Kirubarajan es pertinente en la medida que transforma la narrativa de la simple prestación de servicios a la calidad subjetiva e institucional del cuidado. Por tanto, los hallazgos justifican la creación de espacios psicológicos para que las mujeres privadas de libertad procesen el miedo, la ambivalencia, la ansiedad, la incertidumbre, los recuerdos traumáticos y las expectativas relacionadas con el parto, el posparto y el vínculo temprano. Esto convierte así el apoyo psicológico en un enfoque preventivo y no solo como respuesta a una crisis.

Bajo el título “Maternal and neonatal outcomes among incarcerated women who gave birth in custody”, Schlafer *et al.* (2020) condujeron un estudio de cohorte retrospectivo explorando registros clínicos electrónicos. El objetivo fue describir resultados maternos y neonatales en mujeres que dieron a luz bajo confinamiento y comparar indicadores entre quienes recibieron apoyo perinatal ampliado y quienes no lo recibieron. Se analizaron las siguientes variables: tipo de parto, bajo peso al nacer, parto prematuro, puntuación APGAR y admisión neonatal a cuidados intensivos.

Los resultados del equipo de Schlafer no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre las cohortes; sin embargo, el estudio aportó información importante sobre la necesidad de registrar, evaluar y comparar los efectos de los programas perinatales intramuros. Su contribución se ubica en el plano evaluativo; dejando por sentado que una propuesta de intervención psicológica debe prever indicadores de proceso y resultados esperados, incluso si la intervención de base no permite la detección de los efectos clínicos definitivos.

Mediante una entrevista a mujeres que atravesaron experiencias perinatales durante el encarcelamiento respecto de un programa de apoyo intramuros, Steely Smith *et al.* (2025) desarrollaron un estudio denominado “A qualitative analysis of formerly incarcerated women’s perspectives on a prison-based perinatal support program”. Los resultados muestran que los grupos de apoyo, la preparación para el parto, la orientación sobre la lactancia materna y el acompañamiento profesional fueron valorados de forma positiva, aportando información, y apoyo emocional y sensación de cuidado. El estudio también encontró restricciones institucionales como criterios de acceso restrictivos, baja difusión del programa, autorizaciones penitenciarias y dificultades para mantener la participación.

Este antecedente es clave para la propuesta PIM, porque muestra que el diseño de talleres no puede pensarse de manera abstracta. Debe considerar condiciones de viabilidad, coordinación con autoridades, criterios de ingreso, recursos profesionales, espacios físicos y continuidad institucional.

Alirezai y Latifnejad Roudsari, (2023) examinaron la experiencia de la maternidad entre mujeres embarazadas privadas de libertad, en su trabajo “Motherhood Experiences of Incarcerated Pregnant Women: A Phenomenological Study”. Consistió en un estudio con un enfoque cualitativo fenomenológico, basado en entrevistas a mujeres embarazadas o en etapa de posparto en prisión. Los hallazgos describen la maternidad como una experiencia matizada y ambivalente caracterizada por el deseo de proteger al niño, la culpa, el miedo, la pérdida de autonomía, la incertidumbre futura y la necesidad de reconocimiento humano.

La experiencia de Alirezai y Latifnejad Roudsari contribuye con un aspecto subjetivo imprescindible. El tema de la maternidad en prisión requiere de un espacio psicológico, en el que puedan trabajarse aspectos tales como los mandatos, los miedos y contradicciones, la historia de cuidado personal, las relaciones con otros hijos y las expectativas sobre el hijo nacido. Esta evidencia justifica la inclusión de actividades que apunten hacia la elaboración subjetiva de la maternidad y no solo en la transmisión de información.

La maternidad en unidades penitenciarias femeninas a través de la bioética de protección es analizada por Santos *et al.* (2024), en “Maternity behind and beyond bars:

Analysis from the perspective of protection bioethics". El estudio fue cualitativo y utilizó el método etnográfico, mediante el uso de las técnicas de la entrevista semiestructurada y la observación descriptiva. Los participantes incluyeron madres encarceladas, trabajadores de la salud y guardias de prisión. Los resultados mostraron vulnerabilidad continua, tensiones entre seguridad y cuidado, redes de apoyo frágiles y restricciones en el ejercicio de la maternidad en condiciones dignas.

Este estudio es especialmente significativo por su proximidad geográfica a América Latina. El resultado ofrece una oportunidad para reconocer que la maternidad en prisión surge cuando las características institucionales confinan la privacidad, la información, la continuidad del cuidado y la protección efectiva. Para la propuesta, los resultados de Santos *et al.* respaldan una postura de intervención que sea coherente con los valores relacionados con los derechos humanos, el género y el contexto institucional actual, evitando reducir el acompañamiento psicológico a una actividad aislada del contexto penitenciario.

La influencia de la maternidad en la salud física y emocional de mujeres privadas de libertad fue revisada por Moraes *et al.*, (2023) dentro de un estudio denominado "Maternity in prison: Influence on physical and emotional health". Las bases de datos utilizadas incluyeron Medline/PubMed, LILACS, SciELO y BDENF. Los resultados describen deficiencias en la atención prenatal, precariedades estructurales del sistema penitenciario, efectos negativos en los indicadores maternos y neonatales, ansiedad, angustia emocional, dificultades con la lactancia e impactos en el vínculo madre-hijo.

A pesar de que se trató de una revisión y no de un estudio empírico primario, su inclusión es significativa ya que integra la base de evidencia latinoamericana y de salud sobre la maternidad en prisión. Su contribución a la propuesta PIM incluye las conexiones entre las condiciones estructurales, la salud emocional y el vínculo temprano. Esto apoya la opinión de que el apoyo psicológico perinatal también debe reconocer los obstáculos materiales e institucionales a la experiencia materna, en lugar de centrarse únicamente en las experiencias emocionales individuales.

En su estudio “Labor and childbirth care for women deprived of liberty” Oliveira *et al.* (2024) mapean y analizan la evidencia científica sobre la atención durante el trabajo de parto y alumbramiento en mujeres privadas de libertad. Realizaron una revisión siguiendo lineamientos del Instituto Joanna Briggs, con búsquedas en bases de datos y literatura gris. Los resultados demuestran desafíos para la atención humanizada, la presencia de compañía, la autonomía, la privacidad, la información y la atención respetuosa en el parto.

El trabajo de Oliveira *et al.* ayuda a identificar componentes de preparación emocional y psicoeducativa para el parto. Estos resultados justifican la necesidad de incluir información sobre derechos, reconocimiento de miedos, expectativa de escenarios institucionales, estrategias de afrontamiento e integración en el equipo de salud en el diseño de los Talleres PIM.

Con una revisión en el campo de salud materna y el encarcelamiento, enfocándolos desde la perspectiva de justicia reproductiva, Kramer *et al.* (2025) conducen la investigación denominada “Maternal health and incarceration: Advancing pregnancy justice through research”. Particularmente, analizan el conocimiento disponible, las brechas de investigación y las condiciones estructurales que afectan a mujeres embarazadas o en posparto privadas de libertad. Adicionalmente, señalan que esta población suele presentar trayectorias previas de violencia, pobreza, consumo problemático, enfermedades crónicas y barreras históricas para acceder a servicios de salud.

La contribución clave de este trabajo es haber situado la salud materna en prisión en un entorno de injusticias acumuladas. La perspectiva adoptada, permite entender que el apoyo psicológico perinatal no debe formularse como una intervención individual desconectada del contexto social. Por el contrario, debe integrar enfoque de trauma, género, derechos humanos, redes de cuidado y coordinación institucional.

También Clark *et al.* (2025), mediante una revisión sistemática llamada “Parenting interventions for incarcerated mothers”, exploran sobre las intervenciones parentales dirigidas a madres vinculadas al sistema penal. Utilizaron el marco PRISMA y buscaron estudios en PsycINFO y PubMed. Los resultados indican que las intervenciones dirigidas a madres

privadas de libertad pueden llevar a mejoras en el bienestar materno, habilidades de crianza, comunicación familiar y mantenimiento de vínculos, aunque la calidad metodológica de los estudios disponibles es variable.

Este antecedente amplía la perspectiva del estudio hacia la dimensión de la crianza y el vínculo. Aunque no se limita al período perinatal, apoya la idea de que las intervenciones desarrolladas con madres privadas de libertad deben incorporar elementos de trauma, regulación emocional, comunicación, vínculo temprano y mantenimiento de la relación con sus hijos. La propuesta PIM traduce estos elementos en talleres sobre maternidad, mentalización del bebé, apoyo emocional y preparación para el posparto, separación o liberación.

En Argentina, un informe de 2019 titulado “Parí como una condenada”, elaborado por la Procuración Penitenciaria de la Nación, la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires y el Ministerio Público de la Defensa, discutió las experiencias de violencia obstétrica entre mujeres privadas de libertad. El enfoque fue institucional y cualitativo, basándose en testimonios, casos y un examen de las prácticas de embarazo, parto y posparto. Como formas de violencia, se identifican en el informe el trato deshumanizante, la vigilancia invasiva, la falta de información, las restricciones al acompañamiento, las limitaciones para la lactancia materna y los obstáculos para el contacto temprano con el recién nacido.

Aunque no es una investigación psicológica en ese sentido estricto, este artículo es importante para situar el tema en el contexto argentino. Ilustra que el sufrimiento perinatal relacionado con la prisión no se trata solo de condiciones personales, sino en parte de prácticas institucionales que reducen la dignidad, la privacidad, la autonomía y el vínculo temprano. Su aporte al estudio que se conduce consiste en fundamentar la necesidad de una intervención psicológica situada, preventiva y en línea con los derechos de las mujeres privadas de libertad.

Manquel analiza el acto de la maternidad entre mujeres que han sido privadas de libertad en prisión y las estrategias para mantener los lazos con los hijos que quedaron fuera del establecimiento, en su artículo de 2019 “El derecho a maternar de las personas presas:

Estrategias de vinculación de las personas madres detenidas con sus hijos/as fuera de la prisión”. Este estudio es de tipo cualitativo, basado en entrevistas con mujeres detenidas en el Complejo Penitenciario Federal IV de Ezeiza. Los hallazgos empíricos mostraron que muchas mujeres son madres, anclas emocionales y proveedoras económicas para sus hogares, y estar encarceladas reconfigura profundamente el vínculo que tienen con sus hijos.

Este antecedente amplía el análisis más allá del embarazo y el periodo inmediato posparto. Su contribución permite considerar a los hijos previos, las visitas y la comunicación, la culpa, la distancia y las formas en que la madre puede vincularse en prisión. Para los Talleres PIM, esto apoya la inclusión de la historia maternal previa, la relación con otros hijos y el estado de cuidado como posibles factores de sostenimiento dependiendo de las limitaciones institucionales.

Herrera (2025), mediante su investigación titulada “La situación carcelaria de las mujeres en la provincia de Neuquén desde la criminología feminista. El caso de la U16”, aborda la situación penitenciaria femenina neuquina desde una perspectiva de género, criminología feminista e interseccionalidad. A través de etnografía cualitativa, observación y entrevista, se realizó un estudio de campo centrado en la Unidad de Detención N.º 16. Sus resultados sitúan a la U16 como principal espacio de internación femenino de la provincia y describen tensiones entre cuidado, derechos, estructura penitenciaria y disponibilidad de profesionales.

El aporte de Herrera es decisivo para la contextualización territorial del presente estudio, ya que permite vincular la propuesta de acompañamiento psicológico perinatal con una institución concreta de Neuquén y no solo con una problemática general. Además, sus resultados destacan la importancia de planificar una intervención realista, flexible y basada en evidencia, en línea con los recursos institucionales, considerando las barreras de acceso, la continuidad del apoyo psicológico y la coordinación con los equipos de atención médica.

La revisión de antecedentes permitió identificar cuatro tendencias emergentes. En primer lugar, hay consenso en la literatura de que las necesidades de las mujeres embarazadas y posparto privadas de libertad son multidimensionales, incluyendo salud física,

salud mental, información, apoyo social, nutrición, derechos, vínculo temprano y continuidad de la atención. En segundo lugar, la investigación cualitativa revela que la experiencia perinatal en custodia puede caracterizarse por miedo, pérdida de autonomía, deshumanización, incertidumbre y sufrimiento asociado con la separación del bebé.

La tercera es que se aprecian programas de apoyo perinatal intramuros donde se proporciona información, acompañamiento profesional, orientación para el parto, apoyo a la lactancia y espacios grupales para el apoyo emocional; sin embargo, los criterios institucionales, las autorizaciones, la disponibilidad de profesionales, la falta de espacios privados y la subordinación del cuidado a la lógica de seguridad restringen su implementación. En cuarto lugar, está claro que, tanto desde el contexto latinoamericano como argentino, la maternidad en prisión necesita ser estudiada a través del lente de género, derechos humanos, bioética protectora y condiciones institucionales concretas.

En general, la literatura disponible muestra una brecha: existe investigación sobre necesidades perinatales, experiencias de embarazo y parto en prisión, maternidad bajo confinamiento, programas de apoyo y derechos, pero hay muy pocas propuestas psicológicas perinatales que estén sistematizadas, evaluables y situadas territorialmente en Argentina. Esta brecha de conocimiento justifica la elaboración de los Talleres de Preparación Integral para la Maternidad como un dispositivo clínico-preventivo, psicoeducativo e institucional para mujeres embarazadas y posparto privadas de libertad ubicadas en Neuquén.

3. Marco teórico

3.1 Psicología perinatal y salud mental perinatal

La psicología perinatal es un campo de intervención que busca ayudar a los pacientes a abordar sus procesos subjetivos, emocionales, relacionales y familiares durante el embarazo, el parto, el período posparto y la maternidad temprana. Su objeto no se limita a la identificación de trastornos psicopatológicos, sino que incluye la comprensión de las transformaciones psicológicas asociadas con el embarazo, la construcción progresiva de la maternidad, la relación con el propio cuerpo, las expectativas sobre el bebé, la reorganización de las relaciones y el procesamiento de miedos, ambivalencias o duelos que ocurren durante esta etapa (Hwang et al., 2022).

La salud mental perinatal comprende el bienestar psicológico y emocional de la persona embarazada o puerpera durante el embarazo y el primer año posterior al nacimiento. Incluye tanto la prevención como la identificación de problemas clínicos, así como el fortalecimiento de recursos subjetivos, redes de apoyo y condiciones de cuidado. Según esta perspectiva, la salud mental perinatal debe integrarse en la provisión de atención materno-infantil a través de acciones de promoción, prevención, detección temprana, intervención oportuna y derivación cuando sea indicado (WHO, 2022; ACOG, 2023a).

El acompañamiento psicológico, desde el punto de vista de la salud mental perinatal, es considerado tanto una práctica clínica como preventiva dirigido a apoyar emocionalmente a las mujeres durante un período de alta emocionalidad subjetiva. Acompañar no implica patologizar el embarazo o el período posparto; es una apertura para expresar miedos, dudas, contradicciones, expectativas, recuerdos y necesidades de cuidado. También significa identificar señales de advertencia, fomentar estrategias de afrontamiento, aumentar la disponibilidad emocional hacia el bebé y, si es necesario, conectar con otros equipos.

La salud mental perinatal tiene un aspecto institucional particular, identificado profundamente con las circunstancias que determinan la privación de libertad. La persona embarazada o en posparto depende del sistema penitenciario para el monitoreo de la salud, traslados, alimentación, comunicación familiar, privacidad, apoyo psicológico y continuidad

de la atención. Por ello, el malestar emocional puede estar asociado con condiciones de confinamiento, distancia emocional, ambivalencia judicial, vigilancia, limitación del comportamiento autónomo y miedo al parto o a la separación del recién nacido.

Esta especificidad es crucial para evitar dos errores clínicos. El primero es medicalizar todo el sufrimiento perinatal como si toda tristeza, ansiedad o irritabilidad debiera indicar que se tiene un trastorno. El segundo, normalizar el malestar simplemente porque la mujer está privada de libertad. La psicología perinatal permite el reconocimiento de este doble vínculo, distinguiendo síntomas anticipados de las señales de riesgo y elaborando intervenciones que se adapten a las cualidades particulares de los casos individuales (O'Brien *et al.*, 2023).

Los Talleres PIM son un aspecto de este concepto. No están destinados a reemplazar la atención obstétrica, psiquiátrica o social, sino complementar los circuitos institucionales a través de un dispositivo grupal, psicoeducativo y clínico-preventivo. Desde esta perspectiva, estos talleres permiten trabajar en la comprensión del proceso perinatal, la expresión emocional, la anticipación del parto y el período posparto, la identificación de recursos personales, el reconocimiento de señales de advertencia y el fortalecimiento del vínculo temprano.

La evidencia señala que el malestar psicológico materno podría estar reflejando dificultades en el vínculo madre-bebé, lo que subraya la importancia de intervenir tempranamente sobre las dimensiones emocionales y relacionales del período perinatal (O'Dea *et al.*, 2023). También necesita considerar las barreras institucionales que pueden afectar la continuidad del apoyo. Por lo tanto, el enfoque psicológico necesita coordinación interdisciplinaria y el reconocimiento de derechos, junto con la escucha clínica.

3.2 Embarazo, parto y puerperio como procesos biopsicosociales

El embarazo, el parto y el período posparto deben entenderse como procesos biopsicosociales, dado que integran dimensiones corporales, psíquicas, vinculares, familiares, culturales e institucionales. La gestación trae cambios fisiológicos y hormonales, pero también despierta representaciones de la maternidad, expectativas respecto al niño,

temores sobre el parto, rearticulación de la identidad y cambios en la red de apoyo. Por lo tanto, la intervención psicológica perinatal no puede simplemente transferir conocimientos de salud, sino que debe atender la forma en que cada mujer transita subjetivamente esta experiencia.

Desde una perspectiva exclusivamente biomédica, el embarazo podría entenderse como un proceso orgánico, dependiente de la adopción de un conjunto de controles obstétricos, evaluación de riesgos y monitoreo fetal. No obstante, el enfoque biopsicosocial permite trascender esta descripción biomédica, que resulta insuficiente para comprender la complejidad emocional y relacional de la maternidad; período que puede incluir ilusión, deseo y expectativa, pero también ambivalencia, miedo, culpa, rechazo transitorio, tristeza o sensación de extrañeza. Estas manifestaciones deben ser interpretadas como parte de una experiencia subjetiva compleja que requiere escucha y elaboración, especialmente porque la ambivalencia materna constituye una vivencia frecuente durante el período perinatal y expresa la coexistencia de afectos positivos y negativos frente a la maternidad (Martín-Sánchez et al., 2022)

El parto es una etapa especialmente sensible del proceso de vida perinatal. Es tanto un evento físico como una experiencia psicológica, institucional y corporal. Una mujer puede experimentarlo como un evento que es acompañado, informado y respetado, o como una situación marcada por la soledad, el miedo, la exposición, la pérdida de control o el trato despersonalizado. Los entornos de confinamiento pueden moldear esta experiencia: traslados, custodia, autorizaciones, personal penitenciario, restricciones en el acompañamiento, desafíos de privacidad.

Desde la perspectiva del apoyo psicológico, la preparación para el parto no significa intentar manejar todo lo que se puede gestionar afuera, sino aumentar los recursos subjetivos para afrontar el evento estresante y cargado emocionalmente. Esto incluye reconocer miedos, anticipar posibles escenarios, identificar necesidades, conocer derechos, fomentar estrategias de regulación emocional y promover la comunicación con los equipos intervinientes. Esa forma de preparación es particularmente necesaria entre las mujeres que

pierden su libertad porque la incertidumbre institucional puede exacerbar la ansiedad y la sensación de impotencia.

El período posparto también debe entenderse como la fase de alta sensibilidad biopsicosocial. Incluye la recuperación física, cambios hormonales, fatiga, lactancia o alimentación del recién nacido, ajuste a nuevas rutinas, el establecimiento de conexiones tempranas y la reorganización de la rutina diaria. Estas expectativas existen junto a restricciones de privacidad, vida institucional, distancia de la red familiar, incertidumbre judicial y posible separación del bebé en relación con el entorno penitenciario. Por tanto, el puerperio no debe ser tratado solo como un período posterior al parto, sino como una etapa que merece apoyo emocional, relacional e institucional.

Los enfoques biopsicosociales en torno a la depresión y el malestar perinatal permiten comprender, de acuerdo con Žutić (2023), que las manifestaciones emocionales surgen de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales e institucionales. Este punto de vista es particularmente beneficioso para el estudio actual, ya que evita explicar el sufrimiento de las mujeres encarceladas como resultado únicamente de características personales. El malestar, el miedo, la irritabilidad y/o la desconexión emocional pueden estar relacionados con historias de vulnerabilidad, pero también podrían surgir de la situación actual de no saber qué va a pasar, estar confinadas y con recursos limitados.

Así, los Talleres PIM reflejan un conocimiento biopsicosocial del período perinatal al incorporar información, escucha, expresión emocional, anticipación de eventos, desarrollo de recursos personales y coordinación institucional. De esta manera, el embarazo, el parto y el período posparto son abordados como procesos vitales complejos, donde la salud mental, el cuidado físico, la formación de la maternidad y el vínculo temprano deben ser considerados simultáneamente en apoyo mutuo.

3.3 Trauma, vulnerabilidad psicosocial y privación de libertad

Comprender cómo las mujeres que están privadas de libertad durante el período perinatal reciben ayuda psicológica requiere una perspectiva sensible al trauma. Muchas de

las que van a la cárcel tienen experiencias previas de violencia o abuso, pobreza, uso problemático de sustancias, duelo, disrupción familiar, institucionalización o exclusión social. Estos caminos no desaparecen repentinamente al quedar embarazadas, sino que pueden volver bajo la presión de la exposición corporal, la dependencia institucional, la falta de certeza, el aislamiento emocional y la profunda sensibilidad emocional inherente a las mujeres durante la gestación, el parto y los períodos postnatales.

El trauma no puede concebirse simplemente como un evento, sino como una experiencia que afecta la confianza, la regulación emocional, la experiencia corporal, las relaciones interpersonales y la interacción con las instituciones a nivel general (Office for Health Improvement and Disparities, 2022). El enfoque sobre este aspecto para las mujeres embarazadas o en posparto privadas de libertad es de especial preocupación, ya que la pérdida de libertad de acción resulta en una mayor dependencia de las autoridades, reglas, autorizaciones y circuitos administrativos. En tal espacio, algunas políticas institucionales pueden contribuir a la impotencia, la vigilancia, el miedo o la pérdida de control.

Desde este punto de vista, la vulnerabilidad psicosocial refleja una condición relacional e institucional del individuo, no solo una característica personal. Para una mujer embarazada privada de libertad podría ser angustiante no solo por su curso individual, sino también por los efectos de tener incertidumbre judicial, estar separada de la familia, sin privacidad, miedo a la separación del bebé, limitaciones a los chequeos de salud y apoyo emocional permanente. Por lo tanto, el malestar debe interpretarse como uno entre la trayectoria subjetiva, las condiciones sociales y la organización institucional.

Debido a que esta población a menudo tiene legados de violencia, pobreza, enfermedades crónicas, uso problemático de sustancias y obstáculos históricos para acceder a los servicios de salud, Kramer *et al.* (2025) argumentan que la salud materna de las mujeres encarceladas debe verse a través de un prisma de justicia reproductiva. Este enfoque permite entender que el embarazo en prisión no es un evento aislado, sino una etapa en la creación de acumulación de desigualdades.

Una intervención psicológica perinatal sensible al trauma debe generar niveles mínimos de seguridad subjetiva. Esto significa articular los propósitos de cada reunión explícitamente, preservar el silencio, abstenerse de hacer preguntas invasivas, no forzar narrativas traumáticas, validar diferentes sentimientos, proporcionar información comprensible y tener acuerdos mínimos de confidencialidad consistentes con las restricciones institucionales. En un entorno donde un gran número de decisiones son tomadas por otros, las mínimas opciones de elección tienen significancia clínica en la medida que restablecen márgenes de autonomía y reconocimiento subjetivo.

La privación de libertad crea una tensión a largo plazo entre el cuidado y el control. Al igual que las decisiones de la institución penitenciaria respecto a la organización de rutinas, movimientos y autorizaciones según criterios de seguridad, el acompañamiento perinatal requiere privacidad, continuidad, confianza, disponibilidad emocional y colaboración interdisciplinaria; esta tensión no debe ser negada ni idealizada. Por lo tanto, la propuesta de intervención debe construirse en términos de realismo institucional, reconociendo algunas limitaciones del contexto específico, sin asumir que la lógica penitenciaria anula las necesidades psicológicas de las mujeres durante el embarazo y el posparto.

En este sentido, los Talleres PIM se posicionan como una intervención intermediaria de un tipo que vincula la asistencia clínica individual con la organización institucional del cuidado. Aportan significado en forma de un espacio compartido que puede sacar a la luz miedos, dudas, ansiedades y necesidades que generalmente se mantienen en secreto en el entorno carcelario. También pueden apoyar la identificación temprana de riesgos y la orientación individual, así como la coordinación con equipos de salud, trabajo social, psiquiatría u otras referencias institucionales cuando sea necesario.

3.4 Maternidad en prisión y subjetividad femenina

La maternidad en prisión no es un estado biológico que permanece inalterado ante el confinamiento; también es una situación subjetiva, relacional, social e institucional en la que persisten el deseo, el miedo, la culpa, la responsabilidad, el estigma, la incertidumbre y las

restricciones reales sobre la provisión de cuidados. La mujer embarazada o en etapa posparto privada de libertad enfrenta una situación compleja: construye o sostiene un estado maternal dentro de una institución que limita su autonomía, circunscribe sus movimientos, regula sus contactos y puede intervenir en las formas en que se vincula con su bebé.

Esta tensión conlleva sus consecuencias directas en la subjetividad femenina. La maternidad es vista ampliamente en el imaginario social como una posición que implica disponibilidad, cuidado permanente, sacrificio y obligación moral. Cuando a las mujeres se les despoja de su libertad, estos mandatos pueden intensificarse a través del juicio, la culpa o la sospecha sobre sus habilidades maternas. El encarcelamiento puede ser percibido por la sociedad como un fracaso moral, no siendo compatible con la imagen de las "buenas madres" idealizadas. Es por ello, que el apoyo psicológico no puede seguir repitiendo discursos moralizantes, sino que debe abrir un espacio en el que cada mujer pueda trabajar su experiencia maternal en relación con su pasado, recursos y situación actual.

La maternidad en mujeres embarazadas privadas de libertad es descrita por Alirezaei y Latifnejad Roudsari (2023) como una experiencia ambivalente en la que el instinto de proteger al niño, la culpa, el miedo, la pérdida de autonomía, la incertidumbre sobre el futuro y la necesidad de reconocimiento humano pueden coexistir simultáneamente. La importancia de este hallazgo radica en el hecho de que las necesidades de esta población exceden la atención médica, la alimentación o la preparación instrumental para la crianza; necesitan un espacio donde pueda trabajarse el significado subjetivo de la maternidad bajo custodia estatal.

La separación es un aspecto clave de la maternidad en prisión. Algunas mujeres llevan sus embarazos con temor, preocupándose de que el recién nacido no se quede con ellas; otras atraviesan el embarazo con visiones de niños fuera de esos muros; mientras que algunas necesitan reevaluar el rol maternal a través de visitas, llamadas, mensajes o intermediaciones familiares. Manquel (2019) encuentra que las madres que están privadas de libertad utilizan estrategias para mantenerse vinculadas con hijos que permanecen fuera de la prisión, en un contexto caracterizado por distancia, culpa, barreras de comunicación y

reorganización del cuidado. Tal perspectiva amplía la comprensión del vínculo temprano, dado que la maternidad perinatal puede coexistir con maternidades anteriores interrumpidas o debilitadas por el confinamiento.

La exposición institucional también afecta la maternidad en prisión. Actos que en otros contextos pertenecen a la intimidad, como hablar con el bebé, llorar, expresar miedo, descansar, amamantar, pedir ayuda o mostrar ambivalencia, pueden ser observados por el personal penitenciario, equipos de salud u otras reclusas. Tal pérdida de privacidad puede suprimir la expresión emocional y resultar en respuestas defensivas, como el silencio, la desconfianza, el retraimiento o la sobreadaptación. En estas circunstancias, los mecanismos de apoyo deben estar cuidadosamente situados, respetar el discurso y no actuar sobre el espacio psicológico como un vehículo para evaluar el comportamiento moral o disciplinario.

Sin embargo, reducir la maternidad en prisión a una experiencia exclusivamente dolorosa también resulta insuficiente. Para algunas mujeres, el embarazo o el nacimiento pueden activar los deseos de cuidado, la reorganización personal, la búsqueda de reparación simbólica o el fortalecimiento de vínculos. No obstante, esta dimensión no debe ser romantizada, ya que la maternidad no borra las circunstancias de vulnerabilidad y no convierte, por defecto, el sufrimiento en un cambio subjetivo. El acompañamiento psicológico necesitará identificar qué tipos de recursos pueden surgir en torno a la maternidad y no imponerlo como un imperativo moral o como una condición de conversión personal.

La maternidad se presenta en los Talleres PIM como una construcción que es subjetiva, relacional y fluida. Esto incluye trabajos como encontrar una manera de abordar el deseo, el miedo, la culpa, las expectativas, los modelos de cuidado familiar, la relación con otros hijos, la representación del bebé y cómo funcionan las condiciones reales para que el vínculo se mantenga. Algunas mujeres pueden relacionarse intensamente desde el principio; otras pueden sentir distancia emocional, ansiedad, ambivalencia o miedo en el contexto de estar en el rol maternal. La intervención debe proporcionar una salida para nombrar, comprender y meditar sobre estas experiencias sin juzgarlas en un modelo normativo de maternidad.

Desde este punto de vista, la maternidad en prisión significa adoptar una estrategia psicológica que abarque género, subjetividad, historia personal e institución. El apoyo perinatal debe reconocer que una mujer privada de libertad no se reduce a su causa penal ni a su condición de madre; sino que representa una figura que atraviesa relaciones, pérdidas, deseos, contradicciones y derechos. En consecuencia, una propuesta de intervención situada necesita sostener tal complejidad y fomentar condiciones mínimas para que la maternidad sea considerada, discutida y apoyada dentro de los confines del sistema penitenciario.

3.5 Vínculo temprano, apego y construcción de la maternidad

El vínculo temprano se encuentra en el centro del apoyo psicológico perinatal, porque describe la descarga emocional inicial de una madre en su hijo, el reconocimiento de este como sujeto y la construcción de formas iniciales de disponibilidad emocional. Este vínculo no aparece simplemente; se organiza paulatinamente a través de representaciones, expectativas, contacto corporal, voz, mirada, tacto, alimentación, respuesta al llanto, lectura de señales y experiencias compartidas de cuidado.

La teoría del apego puede explicar la importancia de que el cuidador sea sensible o esté disponible para fomentar la seguridad emocional. Sin embargo, es importante diferenciar apego y vínculo materno. El apego se refiere a un sistema de comportamiento del niño diseñado para mantenerlo en la búsqueda de protección, proximidad y seguridad de una figura significativa. Sin embargo, el vínculo materno está constituido por las actitudes afectivas, representacionales y relacionales de la madre hacia el bebé. Los dos procesos están relacionados, pero no son lo mismo. Esta distinción minimiza la probabilidad de que la culpa recaiga directamente sobre la madre cuando las circunstancias institucionales pueden impedir el contacto, la continuidad del cuidado o la privacidad.

En entornos de privación de libertad, el vínculo temprano podría estar moldeado por condiciones no relacionadas con la relación madre-bebé. El contacto piel con piel, la lactancia materna, la convivencia, la intimidad, el acompañamiento durante los chequeos, la

información sobre el recién nacido y la permanencia conjunta pueden estar condicionados por autorizaciones, traslados, requisitos de seguridad y decisiones institucionales. Por lo tanto, la naturaleza del vínculo temprano necesita ser examinada no sólo como una capacidad individual, sino también relacional e institucional.

Algunos hallazgos indican que el malestar psicológico materno puede estar relacionado con problemas en el vínculo madre-bebé, particularmente en presencia de síntomas neurológicos (O'Dea *et al.*, 2023). Esta asociación no debe entenderse de manera lineal o como una atribución de culpa. Es posible que entre las mujeres privadas de libertad el malestar esté asociado con patrones previos de violencia, inestabilidad judicial, separación familiar, falta de autonomía y aprensión por una posible separación del bebé. Como resultado, el vínculo temprano se construye más poderosamente atendiendo no solo a lo que le sucede emocionalmente a la madre, sino también a los marcos institucionales que permiten (o impiden) el cuidado.

Los Talleres PIM pueden facilitar la formación del vínculo temprano al incluir actividades en torno a imaginar al bebé, nombrarlo, reconocer sus señales, anticipar la necesidad de cuidarlo y enfrentar los miedos relacionados con el nacimiento, la lactancia, la separación o la convivencia cercana con la madre biológica. Escribir cartas al niño, ejercicios de mentalización parental, reflexión sobre modelos de crianza pasados y encontrar recursos para apoyar la relación tanto durante como después del nacimiento, a pesar de las barreras externas para el acceso.

En este sentido, la mentalización parental es particularmente relevante. Implica ver a su hijo no sólo como un bebé, sino como un sujeto que tiene estados internos, deseos, sensaciones y sus propios modos de comunicación. En esta etapa del período prenatal se vuelve posible imaginar al niño; asignarle un lugar en su propia vida como un bebé que tiene una historia continua y anticipar su cuidado. Esto está asociado en el período posparto con la lectura de señales, la respuesta sensible y la regulación compartida de emociones. Cuando esta función se facilita dentro del contexto de confinamiento, puede servir para mejorar la

disponibilidad emocional, reducir la sensación experimentada de sentirse extraño o desconectado.

La maternidad puede construirse a partir de experiencias contradictorias. Las mujeres pueden experimentar sentimientos de ternura, o la necesidad de proteger, o anticipaciones que deben hacer, pero también pueden tener miedo, y en cierta medida ser rechazadas, sentir culpa, ansiedad o sentirse incapaces. Estos síntomas no deben considerarse fracasos maternos. Son parte de los aspectos de "complejidad subjetiva" de lo que implica la maternidad, particularmente cuando esta se lleva a cabo en y con un entorno de vigilancia, incertidumbre y falta de autonomía. Tales emociones deben ser nombradas y procesadas en lugar de imponerse sobre ellas ciñéndose a un tipo normativo de maternidad bajo cualquier apoyo psicológico.

Fortalecer el vínculo temprano en aquellas mujeres privadas de libertad no tiene nada que ver con esperar ciertas cualidades maternas de ellas de antemano, sino generar condiciones de escucha, orientación y sostén emocional. Los Talleres PIM buscan crear una relación orgánica con el bebé, respetando la etapa subjetiva de cada mujer en la vida y al mismo tiempo apreciando que la conexión es algo que ocurre en términos de experiencia individual. Desde este punto de vista, el apego, la mentalización y la disponibilidad emocional se articulan con derechos, cuidado institucional y apoyo psicológico situado.

3.6 Manifestaciones clínicas frecuentes en salud mental perinatal

El período perinatal también puede presentar un conjunto de problemas emocionales, algunos de los cuales son típicos del proceso de adaptación, y otros asociados con un mayor riesgo clínico. Como tal, el apoyo psicológico debe distinguir entre experiencias transitorias de malestar, respuesta al contexto y condiciones que requieren evaluación especializada. Esta distinción es particularmente pertinente en un contexto carcelario, que tiende a interpretar la tristeza, la ansiedad o la irritación en términos reduccionistas: como una forma de síntoma individual pero también como simples consecuencias del confinamiento.

Las manifestaciones clínicas más comunes abarcan la depresión perinatal, trastornos de ansiedad, estrés postraumático, síntomas obsesivo-compulsivos, recaídas del trastorno bipolar, uso problemático de sustancias, riesgo suicida y psicosis puerperal. Tales condiciones pueden manifestarse durante el embarazo o dentro del primer año posterior al parto con diferentes grados de severidad. Las guías clínicas sugieren su diagnóstico temprano, contextualización y enfoque interdisciplinario, especialmente cuando están presentes factores de vulnerabilidad psicosocial (ACOG, 2023a).

La depresión perinatal puede presentarse como tristeza continua, pérdida de interés, irritabilidad, culpa, desesperanza, fatiga, problemas para dormir, aislamiento, dificultad para buscar apoyo o dificultades para formar vínculos emocionales con el bebé. En mujeres encarceladas, la presencia de estos síntomas podría examinarse a la luz de la separación familiar, la incertidumbre judicial, las condiciones de confinamiento, la falta de privacidad y el miedo a ser separadas del bebé. Pan *et al.* (2024) encontraron varias prevalencias de depresión perinatal según la demografía, con mayor riesgo para poblaciones que sufren condiciones de vulnerabilidad.

Los trastornos de ansiedad también se vuelven relevantes durante el embarazo y el período posparto. Pueden incluir ansiedad sobre la salud del bebé, preocupación obsesiva con el posible parto, hipervigilancia, síntomas somáticos de ansiedad, ataques de pánico, dificultad para dormir o temor de tener un evento adverso. En entornos carcelarios, la ansiedad puede aumentar cuando la mujer no está segura de cómo se desarrollará la transferencia, quién podrá apoyarla, qué ocurrirá en el parto o qué circunstancias se seguirán antes y después de este. En consecuencia, la información clara, la anticipación de escenarios y la preparación emocional son recursos preventivos básicos.

El estrés postraumático perinatal requiere atención específica. Los recuerdos traumáticos pueden desencadenarse como consecuencia del parto, los controles médicos o por algunas intervenciones dentro de las instituciones, particularmente entre mujeres que han experimentado violencia, abuso o negligencia en el pasado u otras condiciones institucionales. Más importante aún, el parto bajo vigilancia, sin información adecuada,

sentido de control o acompañamiento, puede convertirse en una experiencia subjetivamente traumática. Tal apoyo psicológico requiere un enfoque en intervenciones relevantes para el trauma, libre de cuestionamientos invasivos y en el establecimiento de mecanismos de regulación emocional.

Los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo perinatal se caracterizan por pensamientos perturbadores e indeseados, miedo excesivo de dañar al bebé, temor a la contaminación, necesidad de control o rituales diseñados para minimizar la ansiedad. Estos pensamientos a veces pueden ser aterradores y conflictivos con los deseos de la mujer, llevando a la vergüenza, el silencio y la preocupación de que otros la juzguen. Esto también es de particular interés en la presencia de confinamiento, de modo que, en una cultura de confinamiento, discutir estos síntomas sin sanción moral es vital, para evitar el aislamiento y el sufrimiento adicional.

La psicosis puerperal, aunque no es tan común, es una emergencia clínica. Esto incluye delirios, alucinaciones, insomnio severo, desorganización conductual, agitación o incluso peligro para la madre y el bebé. Las recaídas del trastorno bipolar pre y posparto son otra preocupación, debido en parte a su asociación con la alteración abrupta del estado de ánimo, comportamientos impulsivos y alteración del sueño, así como el riesgo clínico. Estos casos están más allá del alcance de un dispositivo grupal y necesitan ser referidos a una atención especializada (ACOG, 2023b).

Los problemas de abuso de sustancias y el riesgo suicida también deben considerarse en el contexto perinatal. Estos patrones de comportamiento probablemente estén presentes en mujeres encarceladas como resultado de su exposición a la violencia, el rechazo, el duelo, el aislamiento y la falta de redes de apoyo. La intervención psicológica grupal no sustituye la terapia especializada, pero puede servir como un ejemplo de detección temprana, orientación temprana y derivación. Para esto, deben estar en su lugar criterios de alarma claros y circuitos institucionales definidos.

Los Talleres PIM no intentan diagnosticar o tratar todos los problemas perinatales de manera especializada. Su papel principal es preventivo, psicoeducativo y orientador. Usando

sesiones de reunión frecuentes como un instrumento para reconocer cambios emocionales importantes, aislamiento social, alta ansiedad, ideación de autolesión, síntomas de trauma, desorganización o necesidad de intervención individual. A través de esto, el dispositivo ayuda a descubrir malestares que podrían estar ocultos en la rutina penitenciaria.

En conclusión, la salud mental perinatal necesita un paradigma clínico interpretativo. En mujeres embarazadas y posparto en prisión, las expresiones emocionales deben analizarse en términos de factores individuales e institucionales. Este punto de vista no patologiza todas las manifestaciones de malestar, pero permite la capacidad de identificar situaciones de riesgo más rápidamente. Por lo tanto, el apoyo psicológico perinatal necesita articular la escucha, la psicoeducación, la prevención, la identificación temprana y la derivación especializada según sea apropiado.

3.7 Acompañamiento psicológico perinatal desde la perspectiva de género y derechos humanos

Para las mujeres embarazadas y en posparto, privadas de libertad, el apoyo psicológico perinatal debe tomar en cuenta la perspectiva de género y los derechos humanos. Este es un enfoque que parte de la comprensión de que la privación de libertad no cancela los derechos a salud, trato digno, información, privacidad, maternidad, cuidado o apoyo psicológico. Existe una lógica en la custodia estatal sobre el movimiento, pero en ningún lugar se sanciona la ignorancia de ciertos requisitos previos sobre el embarazo, el parto, el posparto, la salud mental, el vínculo temprano.

El encarcelamiento femenino desde la perspectiva de género presenta ciertas particularidades, que no pueden equipararse con la experiencia masculina. Muchas mujeres que han sido privadas de libertad han sido madres y cuidadoras, apoyo económico y formadoras del hogar. Aquí se suman trayectorias previas de violencia de género, pobreza, consumo problemático, exclusión social, duelo e institucionalización. Estas condiciones no deben utilizarse para victimizar ni homogeneizar a las mujeres, sino entender que la

intervención en salud mental a nivel perinatal depende de historias de injusticia, apoyo interrumpido y vulnerabilidad acumulada.

Las Reglas de Bangkok, las cuales se ampliarán en el marco normativo, establecen condiciones estrictas sobre cómo deben ser tratadas las mujeres privadas de libertad y, en particular, el embarazo, la maternidad, la lactancia, la salud sexual y reproductiva, situaciones violentas previas y tareas de cuidado involucradas (United Nations Office on Drugs and Crime, 2011). Este marco es especialmente importante, porque impulsa la consideración de respuestas diferenciadas y no solo adaptaciones amplias de dispositivos penitenciarios generales. En el área perinatal, esto implica reconocer necesidades psicológicas, relacionales e institucionales, que demandan enfoques particulares.

El enfoque de derechos humanos significa que la mujer privada de libertad tiene el derecho a ser reconocida como un sujeto con derecho a manifestarse, tomar decisiones y participar, incluso dentro de estructuras y mecanismos cerrados. En el embarazo y el posparto, esa participación puede consistir en recibir información clara, expresar necesidades o hacer preguntas en todo momento, conocer sus derechos, comprender criterios y participar en decisiones potenciales sobre su salud y la de su bebé. El apoyo psicológico también puede facilitar esta autonomía situada, fomentando un espacio donde la etiqueta de la mujer no se reduzca a la misma actividad delictiva o diagnóstico clínico.

Este enfoque también apoya el reconocimiento de riesgos potenciales de revictimización. Las preguntas intrusivas, los discursos moralizantes, la necesidad de narrativas impulsadas por el trauma, la categorización rígida de la "buena madre" o el espacio psicológico como mecanismo de control pueden agravar el sufrimiento. Por lo tanto, la intervención sólo puede ser respetuosa, no punitiva y sensible al trauma. Escuchar no significa indagar sin límites; acompañar no es juzgar; prevenir no significa monitorear. Estas diferencias son importantes en el trabajo psicológico con individuos en confinamiento.

El enfoque de derechos de género también se aplica no solo a la relación profesional con la mujer, sino que también requiere condiciones institucionales mínimas. Un dispositivo perinatal necesita un consentimiento adecuado, continuidad, privacidad razonable,

elegibilidad para participar voluntariamente, documentación cuidadosa, medios de derivación, coordinación con la profesión de la salud y evaluación de responsabilidad en situaciones vulnerables. Estos elementos no formalizan la intervención, la mantienen en el proceso, en lugar de depender de alguna decisión esporádica o acceso ocasional a un especialista.

Los Talleres PIM se establecen como una estrategia que corresponde a la atención integral y el trato digno. Ofrecen un espacio en el que las mujeres pueden trabajar en la maternidad, identificar sentimientos, prever el parto y el posparto, encontrar formas de afrontamiento, formar vínculos tempranos y buscar ayuda ante señales de advertencia. El apoyo psicológico perinatal se enmarca desde este punto de vista como una práctica clínica, preventiva, institucional y ética.

3.8 Síntesis conceptual del marco teórico

La perspectiva teórica establecida demuestra que el apoyo psicológico para la salud mental de las mujeres embarazadas y posparto que están privadas de libertad debe complementarse con una comprensión integral de la salud mental perinatal, el enfoque biopsicosocial, la perspectiva sensible al trauma, la maternidad en prisión, el vínculo temprano, el género y los derechos humanos. Se necesitan dispositivos situados en forma de escucha clínica, psicoeducación, prevención, reconocimiento de derechos, fortalecimiento del vínculo madre-bebé y coordinación institucional. Desde esta base teórica, se determina que los Talleres de Preparación Integral para la Maternidad son un enfoque relevante para facilitar la elaboración subjetiva de la maternidad, mitigar el sufrimiento psicológico evitable y organizar el posible cuidado dentro del contexto penitenciario.

4. Marco Normativo e institucional

La base regulatoria e institucional de la propuesta se fundamenta en el reconocimiento de que las mujeres embarazadas y en posparto privadas de libertad también son sujetos derechos de salud, integridad psicofísica, trato digno, maternidad, privacidad, información y acompañamiento, entre otros. Así, el diseño de un dispositivo psicológico perinatal no es un servicio complementario, sino una oportunidad para adecuar la atención a los requerimientos que surgen durante el embarazo, el parto y el período posparto en contextos de confinamiento.

Un primer marco de referencia lo ofrece la normativa internacional sobre mujeres privadas de libertad. Las Reglas de Bangkok establecen protocolos claros para el tratamiento de las mujeres detenidas y reconocen diferentes necesidades en cuanto a salud sexual y reproductiva, embarazo, maternidad, lactancia, antecedentes de violencia y responsabilidades de cuidado (United Nations Office on Drugs and Crime, 2011). Su importancia para la propuesta de intervención viene dada por el hecho de que permiten fundamentar intervenciones que contemplen la situación particular de mujeres gestantes y puérperas.

De acuerdo con estas reglas, el apoyo psicológico perinatal debe formar parte de una respuesta institucional sensible al género. Las Reglas de Bangkok no solo establecen estándares generales de salud, sino que también orientan el diseño de prácticas de cuidado que favorecen la maternidad, el bienestar mental y la protección frente al riesgo de revictimización. Congruentes con estos principios, los Talleres de Preparación Integral para la Maternidad enfatizan la necesidad de escuchar, compartir información, brindar apoyo emocional, preparar para el parto, reconocer derechos y derivar en situaciones de riesgo.

Las Reglas Nelson Mandela complementan este marco a través de considerar estándares mínimos de tratamiento para personas privadas de libertad. Sus principales obligaciones son la dignidad para el individuo en cuestión, la atención médica, las condiciones materiales de alojamiento y la evitación de tratos crueles, inhumanos o degradantes (United Nations Office on Drugs and Crime, 2015). Estos estándares no están dirigidos

específicamente a mujeres gestantes, pero se presentan como pertinentes porque argumentan que la privación de libertad no justifica el descuido de las necesidades de salud individuales. En el ámbito perinatal, este principio significa que la atención psicológica debe incluirse como parte del derecho a la salud integral.

La Ley 24660. Ejecución de la pena privativa de la libertad, (1996), como parte de la normativa argentina, establece que la ejecución penal debe llevarse a cabo respetando los derechos no afectados por la condena. Esta norma es aplicable en la medida que reconoce que el sujeto aún privado de libertad conserva sus derechos. Coloca la responsabilidad en el sistema para asegurar que dicha privación esté acorde con derechos relacionados con la dignidad, la salud y la familia. En cuanto a las mujeres embarazadas y púerperas, este marco permite fundamentar la necesidad de dispositivos capaces de apoyar la maternidad, vinculación temprana y continuidad de cuidados.

La norma legal, conocida Ley de Parto Respetado (Ley 25.929, 2004), reconoce derechos durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto. Entre ellos se encuentran el trato digno y respetuoso, la información adecuada, la participación en decisiones, el acompañamiento por una persona de confianza y el respeto de los tiempos biológicos y psicológicos del nacimiento. Estos derechos pueden ser violentados en entornos de confinamiento por traslados y custodia, autorizaciones, procedimientos de seguridad y restricciones en el acompañamiento. Por esta razón, la intervención psicológica debe extenderse a la información, la preparación emocional y la información sobre los derechos perinatales.

Un marco normativo para la comprensión del malestar perinatal desde una perspectiva integral lo representa la legislación 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental de 2010. Esta normativa caracteriza la salud mental como un proceso que comprende factores históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos y llama a enfoques interdisciplinarios para respetar los derechos. Esta legislación, aplicada al contexto penitenciario, permite argumentar que la angustia, ansiedad, ambivalencia o sufrimiento de mujeres embarazadas y púerperas no deben ser interpretados únicamente como problemas

individuales, sino también en relación con condiciones institucionales, trayectorias vitales y redes de apoyo.

La regulación 27.611 de 2021 (conocida como la Ley de los 1000 Días) sobre la atención integral de la salud y la atención durante el embarazo y la primera infancia refuerza la obligación de mantener una atención integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia. Su significado para esta propuesta se relaciona con la continuidad del cuidado materno-infantil, la prevención, el acompañamiento y la articulación de respuestas sanitarias y sociales. Sin embargo, en los entornos carcelarios, esta continuidad puede verse afectada por barreras como demoras, traslados, falta de profesionales o fragmentación institucional, lo que requiere la estructuración de mecanismos de orientación y apoyo complementarios.

Los textos técnicos nacionales oficiales también pueden tener disposiciones para la traducción de derechos en criterios operativos. La Guía para la Implementación del Parto Respetado en Entornos de Confinamiento en la Provincia de Buenos Aires proporciona orientaciones para fortalecer circuitos de atención, el acceso a la salud integral, la prevención de prácticas violentas y la coordinación entre los equipos de salud, género y sistema penitenciario. Aunque se refiere a una jurisdicción diferente, es un precedente institucional útil para considerar la implementación de políticas perinatales en cárceles, particularmente en un entorno de institución cerrada, donde no existe un mecanismo local suficientemente sistematizado.

En el panorama institucional de Argentina, el informe titulado “Parí como una condenada” ofrece evidencia institucional sobre la violencia obstétrica experimentada por mujeres privadas de libertad en ese país. El informe narra casos de trato inhumano, vigilancia invasiva, falta de información, limitaciones en el acompañamiento, obstáculos para la lactancia materna y dificultades para mantener el contacto temprano con el recién nacido (Procuración Penitenciaria de la Nación et al., 2019). Su importancia para el presente documento es explícita: una violación de derechos en el período perinatal puede llevar a una angustia mental innecesaria e impactar el proceso de vinculación temprana (Procuración Penitenciaria de la Nación et al., 2019).

El carácter particular de Neuquén también refleja el carácter localizado del sistema de alojamiento femenino a nivel local. Herrera (2025) describe el entorno carcelario para mujeres en la Provincia de Neuquén a través de un marco de criminología feminista, con un enfoque en la U16 como el principal espacio de alojamiento femenino. Este antecedente ofrece elementos para entender las tensiones entre el cuidado, la seguridad, la disponibilidad profesional, el acceso a derechos y la organización institucional. Por lo tanto, la propuesta no se hace como un modelo abstracto, sino como un dispositivo adaptado a condiciones territoriales específicas.

Al articular normativa e intervención se identifican tres exigencias operativas: se requiere garantizar condiciones mínimas para el desarrollo de los talleres: (a) autorización institucional, espacio adecuado, horarios definidos, convocatoria clara y criterios de participación voluntaria; (b) establecimientos de circuitos de coordinación con salud, psicología, trabajo social, obstetricia, psiquiatría y referentes penitenciarios; y (c) La tercera prever criterios de derivación ante situaciones de riesgo, tales como angustia intensa, ideas autolesivas, síntomas traumáticos, psicosis puerperal, consumo problemático o violencia.

A partir de lo descrito, los Talleres de Preparación Integral para la Maternidad surgen como una respuesta acorde a los estándares de trato digno, salud integral, maternidad protegida y derechos humanos. Su función principal es ofrecer un espacio psicológico de prevención, psicoeducación, expresión emocional y fortalecimiento del vínculo temprano. La intervención propuesta se inserta así en una obligación institucional mayor: organizar cuidados perinatales que no queden subordinados exclusivamente a la lógica de custodia.

En resumen, el sustento normativo e institucional señala la pertinencia y viabilidad de una propuesta de acompañamiento psicológico perinatal en contextos de confinamiento. Los estándares establecidos a nivel internacional apoyan el trato digno y atención diferenciada para mujeres privadas de libertad; mientras que las leyes nacionales reconocen derechos vinculados con salud mental, parto respetado, cuidado integral y ejecución penal; los documentos técnicos, por su parte, muestran la necesidad de circuitos específicos para embarazo, parto y puerperio en instituciones de custodia estatal; y los antecedentes

neuquinos permiten contextualizar la propuesta en una realidad territorial concreta. En conjunto, estos elementos justifican la implementación de un dispositivo psicológico perinatal orientado a reducir sufrimiento evitable, fortalecer recursos subjetivos y acompañar la construcción del vínculo madre-bebé dentro del contexto penitenciario.

5. Método

El estudio consistió en una revisión teórica y documental con el propósito de fundamentar una propuesta de acompañamiento psicológico perinatal, dirigida a mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad en Neuquén. Al efecto, se relevó, seleccionó y analizó bibliografía científica, normativa e institucional relacionada con los siguientes puntos: salud mental perinatal, maternidad en prisión, trauma, derechos humanos, vínculo temprano y programas de apoyo en contextos de confinamiento. Fueron tomados en consideración artículos científicos, revisiones sistemáticas, revisiones integrativas, estudios cualitativos, documentos técnicos, guías institucionales, informes de organismos públicos y normas nacionales e internacionales. Las bases y repositorios incluyeron a PubMed, Scopus, SciELO, LILACS, Google Scholar, sitios oficiales de la OMS, Naciones Unidas, organismos penitenciarios, ministerios nacionales o provinciales y repositorios universitarios.

El contexto temporal priorizado fue 2019-2025, con particular escogencia de publicaciones sobre embarazo, parto, puerperio y maternidad en entornos carcelarios. Se incorporaron documentos anteriores cuando tenían valor normativo, conceptual o institucional. Debido a la necesidad de integrar evidencia internacional, regional y argentina, se consideraron los idiomas español, inglés y portugués. Las palabras clave utilizadas fueron: salud mental perinatal, psicología perinatal, embarazo en prisión, maternidad en prisión, mujeres privadas de libertad, puerperio, vínculo temprano, apego, trauma, derechos humanos, parto respetado, programas perinatales intramuros, incarcerated pregnant women, perinatal mental health, prison motherhood y maternity in prison.

Se incluyeron documentos pertinentes al objeto de estudio, publicados en el período definido, con relación directa con población gestante o puérpera privada de libertad, salud mental perinatal, derechos, maternidad o intervención psicológica. Fueron excluidos textos sin acceso verificable, publicaciones duplicadas, trabajos sin relación directa con el tema y documentos centrados exclusivamente en aspectos obstétricos sin articulación psicológica, vincular o institucional.

El análisis se dividió en cuatro categorías: necesidades psicológicas y relacionales; barreras institucionales para el apoyo perinatal; fundamentos clínicos y psicoeducativos de la intervención; y viabilidad y criterios para la evaluación. El proceso involucró: búsqueda bibliográfica; lectura exploratoria; selección de relevancia temática; lectura analítica; extracción de las principales contribuciones; y la organización de los hallazgos de acuerdo con el propósito previsto del estudio.

6. Resultados de la revisión teórica y documental

A continuación, se presentan los resultados derivados de la revisión teórica, normativa y documental realizada. Su propósito es integrar la evidencia revisada y traducirla en criterios para fundamentar la propuesta de acompañamiento psicológico perinatal dirigida a mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad en Neuquén.

6.1 Necesidades psicológicas, vinculares e institucionales de mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad

La revisión permite establecer que las mujeres embarazadas y en posparto privadas de libertad tienen necesidades psicológicas, relacionales e institucionales específicas que la atención obstétrica no agota. La literatura revisada coincide en que tales experiencias de pérdida de autonomía, aislamiento emocional, incertidumbre institucional, miedo, culpa, ambivalencia y preocupación por el futuro del vínculo con el recién nacido pueden aumentar durante el embarazo y el parto y durante el período posparto en contextos de confinamiento.

En términos psicológicos, las necesidades reconocidas están correlacionadas con la capacidad de los individuos para compartir sus miedos, dudas, ansiedad, tristeza, ira, expectativas para el parto, preocupación por la lactancia y preocupación por la separación del niño. Estos síntomas no deben considerarse automáticamente una condición psicopatológica, pero tampoco deben aceptarse como el curso natural del confinamiento. Lo que emerge de la revisión es que el malestar perinatal es situado y producto de interacciones entre la historia subjetiva, el entorno institucional, el apoyo social disminuido y las presiones perinatales.

En cuanto a las necesidades vinculares, los resultados sugieren que la maternidad en prisión también depende de apoyar una mayor construcción del vínculo temprano. Las mujeres pueden necesitar orientación para imaginar al bebé, considerar a este como un sujeto, anticipar las necesidades de cuidado, superar las preocupaciones de convivencia o separación y recordar modelos pasados de maternidad y vinculación con otros hijos que aún

están fuera de la institución. El vínculo temprano en este sentido no solo se forma a través de la actitud temperamental emocional materna, sino también a través del contexto institucional que proporciona contacto, privacidad, información, continuidad y apoyo.

A nivel institucional, la revisión apoya que las necesidades de atención perinatal demandan colaboración intersectorial entre salud mental, obstetricia, trabajo social, pediatría, referencias penitenciarias y sistemas externos cuando sea posible. La mujer privada de libertad depende de circuitos institucionales para obtener chequeos, traslados, alimentos, comunicación familiar, privacidad y atención psicológica. Por lo tanto, este tipo de apoyo es de hecho tanto un servicio clínico como una práctica institucional que las intervenciones perinatales deben concebirse.

En consecuencia, la propuesta de intervención debe incluir espacios de escucha, psicoeducación, apoyo emocional, reconocimiento de derechos, preparación para el parto y el período posparto, fortalecimiento del vínculo temprano y reconocimiento de señales de advertencia. Así, el dispositivo no puede concebirse simplemente como la actividad informativa aislada, sino como un recurso de atención integral diseñado para abordar las necesidades subjetivas, relacionales e institucionales.

6.2 Barreras institucionales para el acompañamiento psicológico perinatal en contextos de encierro

Las barreras estrictas para el acceso, la continuidad y la relevancia del apoyo psicológico perinatal, tan necesarios dentro de los entornos carcelarios, son materiales, organizativas, clínicas, subjetivas y éticas. Su presencia ayuda a explicar el hecho de que la atención perinatal puede limitarse a un mero cribado médico o tratamiento de emergencia, desprovisto de fundamentos psicológicos preventivos y sostenidos. Las barreras institucionales también incluyen autorizaciones de traslado, horarios restringidos, disponibilidad limitada de profesionales, falta de espacios adecuados, presencia de personal de seguridad, privacidad limitada y subordinación de las prácticas de atención a criterios de

custodia. Tales circunstancias pueden limitar la participación de las mujeres en actividades grupales, interrumpir la continuidad de la atención o interferir con la confianza para expresar angustia.

En el plano organizacional, la revisión muestra que la atención psicológica en un entorno de confinamiento se restringe a crisis, emergencias o derivaciones individuales discontinuas; y que las mujeres privadas de libertad sin respuestas preventivas que no manifiestan un trastorno psiquiátrico grave necesitan escucha, asistencia, disponibilidad emocional y apoyo en momentos de alta sensibilidad subjetiva. La ausencia de un marco perinatal, en particular, hace insostenible la identificación temprana y la posterior prevención del sufrimiento evitable.

Las mujeres, a su vez, pueden no confiar en los espacios institucionales que las rodean y, por temor a ser juzgadas como "malas madres", evitan ofrecer ambivalencias, pensamientos, estados emocionales o síntomas que socaven la idea de la maternidad como un ideal. Dentro de un lugar de confinamiento también podría haber miedo de que un espacio psicológico abra algo que tendrá consecuencias institucionales o una base moral, clínica o disciplinaria para la evaluación.

Otro obstáculo relevante es la medicalización o descontextualización de la angustia. En la invisibilidad, si el sufrimiento perinatal se ve solo como un síntoma individual, las condiciones institucionales bajo las cuales se genera son imperceptibles. Cuando la angustia se naturaliza a través de la falta de libertad, se pierde la capacidad de captar situaciones de riesgo. Una intervención psicológica debería situarse entre un extremo y el otro, dado el contexto, pero sin descontar la relevancia clínica de la singularidad.

Estos hallazgos son consistentes con el argumento de que la propuesta debería considerar requisitos mínimos que incluyan autorización institucional, un lugar que ofrezca privacidad razonable, participación voluntaria, criterios de confidencialidad relativa, trabajo en alineación con equipos de salud y sistemas claros de derivación. Sin estos parámetros, sin

embargo, el marco se convierte en una actividad formal, una que no está bien adaptada para sostener procesos subjetivos o para identificar necesidades genuinas.

6.3 Componentes clínicos y psicoeducativos de los Talleres de Preparación Integral para la Maternidad

Los componentes clínicos y psicoeducativos que deberían integrar los Talleres de Preparación Integral para la Maternidad también pueden ser descritos a través de la revisión realizada. La evidencia sugiere que los programas de apoyo perinatal intramuros son reconocidos como valiosos si incluyen información, preparación para el parto, apoyo emocional, asesoramiento sobre lactancia materna, acompañamiento profesional y un grupo de apoyo. Pero también se debe tener en cuenta que estas acciones son flexibles y responden al contexto institucional y a las necesidades subjetivas de los participantes.

El primer componente es la explicación subjetiva de la maternidad, la cual no se reduce a un proceso biológico ni a un rol normativo. Es sentimiento: deseo, miedo, culpa, ambivalencia, estigma, relaciones pasadas, relaciones con otros hijos, incluso situaciones reales de cuidado. En este sentido, el dispositivo necesita crear un espacio en el que cada mujer pueda compartir su experiencia y no ser influenciada por la imagen de una "buena madre" o la estigmatización de la condición penal.

El segundo componente refiere el fortalecimiento del vínculo temprano. La revisión demuestra cómo el apego madre-bebé se construye gradualmente a través de representaciones, el tacto, la alimentación, la respuesta sensible, la voz, la mirada y la mentalización parental. Dentro de los contextos de confinamiento, estos procesos pueden verse influenciados por la toma de decisiones institucionales sobre la convivencia, la lactancia, las visitas, los traslados o la separación. Los talleres deben abarcar actividades que incluyan imaginar al bebé, nombrarlo, reconocer sus señales, prever el cuidado y amplificar los miedos al nacimiento, la lactancia, la permanencia conjunta o la separación.

La tercera parte se refiere a la expresión emocional y la regulación afectiva. El conocimiento derivado de la construcción del marco teórico demuestra que las mujeres privadas de libertad embarazadas y en posparto experimentan miedo, ansiedad, tristeza, ira, vergüenza, recuerdos traumáticos, pérdida de control. Por lo tanto, la herramienta debe contar con un recurso para la identificación emocional, ejercicios de respiración o anclaje, reconocimiento de señales corporales que causan estrés, creación de recursos personales de calma e instrucciones para buscar ayuda.

El cuarto punto es la preparación para el parto, el posparto, la separación o la liberación. Para las pacientes en entornos penitenciarios, la ambigüedad de los traslados, el acompañamiento, las situaciones de trabajo de parto, la lactancia, la permanencia con el bebé y la continuidad del cuidado pueden aumentar el sufrimiento subjetivo. La preparación psicológica debe consistir en conocimientos sencillos, una comprensión de lo que podría estar sucediendo, un acuerdo sobre los derechos, un reconocimiento de las necesidades y una minimización del plan de cuidado.

La quinta es la detección temprana y la derivación. Los talleres no pueden sustituir la atención clínica especializada, pero pueden servir como momentos de observación, orientación y derivación basados en señales de advertencia. Esto podría incluir duelo severo, ideas de hacerse daño a sí mismo o a otros, síntomas traumáticos, ansiedad aguda, insomnio severo, desorganización, psicosis posparto, consumo problemático o situaciones violentas. De este modo, el componente clínico-preventivo requiere reconocer signos de riesgo y activar circuitos de derivación o manejo especializado cuando corresponda (ACOG, 2023a; ACOG, 2023b).

6.4 Criterios organizativos, recursos e indicadores de evaluación de la propuesta

Como parte de la revisión teórica y normativa fueron establecidos criterios organizativos, recursos básicos e indicadores para juzgar la pertinencia, factibilidad y resultados esperados de la propuesta diseñada. La evidencia analizada mostró que un

dispositivo perinatal, en contextos de confinamiento, necesita de condiciones funcionales adecuadas, compatibles con la dinámica institucional.

Los Talleres PIM también deben obedecer a una organización que permita su introducción gradual a través de reuniones grupales cortas, bien estructuradas y flexibles. Esto favorece que los profesionales involucrados puedan ser reconocidos como pares, reduce el aislamiento y maximiza los recursos humanos. No obstante, debe tomarse en cuenta que la participación en estos talleres debe ser voluntaria, informada y respetuosa con la situación subjetiva de cada mujer. El contexto demanda claridad en cuanto al establecimiento de objetivos, límites de confidencialidad, posibilidades de derivación y la ausencia de evaluación moral de la maternidad.

Como recursos humanos básicos se deben incluir a psicólogos formados o con experiencia en las áreas de salud mental perinatal, perspectiva de género, intervención institucional y enfoques sensibles al trauma. Dentro del conjunto interdisciplinario de apoyo es imprescindible considerar a profesionales en obstetricia, enfermería, trabajo social, psiquiatría, pediatría y referencias de derechos o género. Además de las referencias institucionales que permitan llamadas, espacio, horarios y coordinación con equipos de salud, se necesita un profesional de apoyo o co-coordinación.

Para la ejecución de los talleres, se requiere un espacio con cierta privacidad, dotado de sillas móviles, papel, lápices, hojas de trabajo, material psicoeducativo impreso, folletos sobre los derechos perinatales y formularios básicos de registro y derivación. No es necesario que los materiales visuales sean diseñados con una alta complejidad.

La propuesta no necesita del diseño o la creación de una nueva estructura paralela, sino una organización específica dentro de los recursos institucionales actuales.

Es relevante considerar dentro de los indicadores de procesos lo siguiente: autorización institucional; llamadas; asistencia; continuidad de las reuniones; articulación con equipos; uso de criterios de derivación. Mediante esta clase de indicadores se puede

documentar las condiciones de funcionamiento de los talleres, así como identificar barreras operativas sin atribuir, de manera apresurada, problemas a los encuestados o a la estructura del dispositivo.

Los indicadores esperados de los resultados se relacionan con un cambio inicial y razonable, no con resultados clínicos definitivos. Implican más conocimientos sobre el proceso perinatal, nombrar miedos y necesidades, reconocimiento de recursos de afrontamiento, expectativa subjetiva del bebé, reconocimiento de derechos y de situaciones que ameritan seguimiento. Estos resultados deben tratarse como el resultado anticipado de una intervención durante la fase de diseño, no como el resultado de un estudio empírico.

En conclusión, la revisión coincide en que el apoyo psicológico perinatal propuesto es relevante, necesario y factible. Es importante porque aborda varias demandas psicológicas, relacionales e institucionales. Es crítico, ya que no podría haber un mejor ajuste entre estas necesidades y las respuestas sistematizadas actuales. Es factible ya que es posible organizarlo gradualmente, utilizando recursos mínimos, coordinación institucional y estándares de evaluación. Estos hallazgos contribuyen al diseño de Talleres de Preparación Integral para la Maternidad como un instrumento clínico-preventivo, psicoeducativo e institucional situado en Neuquén.

7. Propuesta de acompañamiento psicológico perinatal para mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad en Neuquén

La propuesta se configura como un proyecto de intervención psicológica perinatal, de carácter grupal, psicoeducativo, clínico-preventivo e institucional, dirigido a mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad en Neuquén. Su diseño se orienta al apoyo de los procesos subjetivos, emocionales y relacionales del embarazo, el parto, el período posparto y el establecimiento del vínculo temprano en contextos de confinamiento.

7.1 Fundamentación del proyecto de intervención

La fundamentación del proyecto surge a partir de los resultados de la revisión teórica y documental, que demuestran la existencia de necesidades psicológicas, relacionales e institucionales específicas de mujeres embarazadas y en posparto privadas de libertad. Dichas necesidades no solo son manejables mediante controles obstétricos o intervenciones clínicas de emergencia, sino que también implican la elaboración subjetiva de la maternidad y la expresión emocional, la preparación para el parto, el fortalecimiento del vínculo temprano, la anticipación del período posparto y la identificación de signos de alerta.

La brecha a la que se enfrenta la propuesta es la falta de mecanismos sistemáticos para el apoyo psicológico perinatal que integre dimensiones como salud mental, maternidad, género, derechos humanos y condiciones institucionales de confinamiento. Los Talleres PIM no sustituyen la atención obstétrica, psiquiátrica, social o jurídica, sino que funcionan como complemento de los circuitos existentes a través de una estrategia breve, viable y adaptable a los recursos institucionales existentes.

La propuesta busca, de igual manera, la necesidad de evitar la patologización de cualquier síntoma de angustia en el embarazo o el período posparto, y de naturalizar el sufrimiento por el hecho de la privación de libertad de la mujer. Frente a ambos riesgos, el proyecto propone un entorno para la escucha, la psicoeducación, la orientación y la detección temprana, atento al trauma y honrando la singularidad subjetiva de cada participante.

7.2.1 Objetivo general

Favorecer el bienestar emocional, la elaboración subjetiva de la maternidad y el fortalecimiento del vínculo temprano en mujeres gestantes y puérperas privadas de libertad en Neuquén, mediante un dispositivo grupal de acompañamiento psicológico perinatal adaptado al contexto penitenciario.

7.2.2 Objetivos específicos

- Promover un espacio de escucha y expresión emocional donde las participantes puedan elaborar miedos, dudas, ambivalencias, expectativas y necesidades vinculadas con el embarazo, el parto, el puerperio y la maternidad en contexto de encierro.
- Fortalecer recursos subjetivos y vinculares asociados con la construcción de la maternidad, la mentalización del bebé, el reconocimiento de señales del recién nacido y la disponibilidad emocional hacia el vínculo temprano.
- Brindar información psicoeducativa accesible sobre salud mental perinatal, parto, puerperio, autocuidado emocional, derechos, señales de alarma y circuitos de pedido de ayuda.
- Facilitar la identificación temprana de situaciones de mayor vulnerabilidad emocional que requieran orientación individual, seguimiento psicológico o derivación a equipos especializados.
- Promover la articulación entre el equipo coordinador, los servicios de salud, referentes institucionales y actores penitenciarios para favorecer condiciones mínimas de implementación, continuidad y cuidado.

7.3 Destinatarios directos e indirectos

Los destinatarios directos serán mujeres embarazadas y en posparto privadas de libertad alojadas en el sistema penitenciario femenino de Neuquén, especialmente aquellas que están embarazadas, cerca de dar a luz, pasando por el período de posparto o experimentando situaciones relacionadas con la permanencia, separación o egreso junto a su hijo. La participación debe ser voluntaria, informada y respetuosa de la situación subjetiva de cada mujer.

Los destinatarios indirectos serán los niños no nacidos o recién nacidos, otros niños que permanecen fuera de la instalación, las familias, los equipos de salud, los profesionales de salud mental, el personal penitenciario y la institución. El fortalecimiento del apoyo psicológico perinatal puede afectar indirectamente la calidad del vínculo temprano, la organización del cuidado, la prevención de situaciones de crisis y la coordinación institucional.

7.4 Metodología de trabajo

La metodología de trabajo será grupal, participativa, psicoeducativa y clínico-preventiva. La intervención se organizará a través de talleres breves, estructurados y progresivos, complementados con instancias de orientación psicológica individual, cuando se detecten situaciones de mayor vulnerabilidad. El diseño grupal permitirá que el enfoque esté en el contenido informativo, emocional y relacional. Cada encuentro consistirá en charlas breves, conversación guiada, recursos expresivos, reflexión, identificación de señales de alerta y cierre integrador.

La metodología se basa en la escucha activa, la validación emocional, la posible confidencialidad dentro de entornos institucionales y el establecimiento de un ambiente no moralizante. Esta orientación se alinea con los elementos de las intervenciones psicológicas grupales breves propuestas por la OMS, particularmente el modelo Group Problem Management Plus, que organiza el trabajo psicosocial grupal en un formato de reuniones bien planificadas centradas en abordar el malestar psicológico, la resolución de problemas, el fortalecimiento del apoyo y la preparación de mecanismos de afrontamiento para poblaciones expuestas a la adversidad (OMS, 2020). El objetivo no será forzar narrativas traumáticas o evaluar la "capacidad maternal" de las participantes. Por el contrario, se promoverá un ambiente donde puedan expresar dudas, miedos, contradicciones y expectativas sin ser juzgadas.

7.5 Duración y modalidad de implementación

La propuesta será una implementación física en la instalación penitenciaria, con cinco reuniones grupales semanales o quincenales, según las condiciones institucionales. Todos

los talleres tomarán aproximadamente 90 minutos por sesión. Este tiempo es suficiente para que las actividades se realicen sin presión en el entorno institucional.

El programa puede desplegarse de manera paulatina, comenzando con un grupo piloto de mujeres embarazadas y en posparto. Una vez que se lleve a cabo la experiencia inicial, se recomendará realizar una evaluación sencilla de la relevancia, asistencia, participación, desafíos operativos y nuevas necesidades. El ciclo de talleres puede repetirse trimestral o semestralmente según el número de destinatarios, la disponibilidad de profesionales, las condiciones espaciales y los acuerdos realizados con la institución.

7.6 Responsables y equipo interdisciplinario

La coordinación principal estará a cargo de un profesional de la psicología que esté capacitado y tenga experiencia en salud mental perinatal, intervención institucional, perspectiva de género y enfoques sensibles al trauma. Su responsabilidad incluirá preparar reuniones, dirigir talleres, registrar aspectos relevantes, identificar situaciones de riesgo, ofrecer asistencia individual si es necesario, involucrarse con otros actores institucionales, como obstetricia, enfermería, trabajo social, psiquiatría, pediatría, operadores institucionales y representantes del área de género o derechos humanos. No todas las personas necesitan asistir a cada reunión, pero deben establecer un nivel mínimo de coordinación; esta es esencial porque las mujeres embarazadas privadas de libertad no solo tienen necesidades psicológicas, sino que también necesitan atención prenatal, educación perinatal, apoyo social, nutrición, salud mental y consumo problemático.

7.7 Localización física

El sitio del proyecto será un área dentro del establecimiento penitenciario femenino de Neuquén, idealmente en la Unidad de Detención N.º 16 o en el área que la autoridad institucional considere viable. El espacio debe tener condiciones mínimas de privacidad, ventilación, iluminación, sillas móviles, disponibilidad de horarios y protección contra interrupciones innecesarias. El espacio no debe modelar instalaciones de interrogatorio o control disciplinario. Además, se debe evitar la circulación permanente en las salas, el

personal permanente en oficinas administrativas con miembros del personal que no estén afiliados al taller, y las áreas que impidan la conversación grupal.

7.8 Recursos humanos, materiales e institucionales

Los recursos humanos mínimos incluyen un psicólogo coordinador, un profesional de apoyo o co-coordinador, y contactos institucionales para facilitar la convocatoria, los traslados internos y la disponibilidad del espacio. Para derivaciones o consultas específicas, se recomienda la coordinación con profesionales de áreas afines con el proyecto. Los recursos materiales incluyen sillas, una mesa auxiliar, papel, lápices, tarjetas de trabajo, material psicoeducativo impreso, folletos sobre derechos perinatales, tarjetas de señales de alarma emocional, y se pudieran tener recursos expresivos simples como imágenes, frases detonantes o ejercicios escritos. Los recursos institucionales consisten en autorización formal, acuerdos de confidencialidad relativa, criterios de derivación, registros de asistencia, coordinación de horarios y definición de responsabilidades en situaciones de riesgo clínico.

7.9 Desarrollo de los encuentros

El programa se divide en cinco talleres centrales (ver tablas 1 y 2) y entrelaza los contenidos en torno al eje común Preparación Integral para la Maternidad en contextos de encierro. Cada taller tendrá objetivos, contenidos, actividades y cierre reflexivo. El programa inicia con la elaboración subjetiva de la maternidad, avanza hacia el vínculo temprano y el apoyo emocional, incorpora estrategias de regulación afectiva y concluye con la preparación para el período posparto, la posible separación o el egreso.

Cada reunión debe comenzar con una breve presentación del objetivo, una revisión del taller anterior y el establecimiento de acuerdos básicos: respeto, escucha, participación voluntaria y sin obligación de compartir experiencias íntimas. El cierre incluirá un resumen informativo, discusión de medios individuales y recursos personales y, si es necesario, orientación para derivaciones. Los registros deben ser breves, para preservar la privacidad, y enfatizar características clínicas e institucionales relevantes, y no incluir juicios sobre la maternidad de las participantes.

Tabla 1. Programa de actividades del Taller de Preparación Integral para la Maternidad en contextos de encierro

Taller	Objetivo	Contenidos	Actividades
Taller 1. Construcción de maternidades en contexto de encierro	Abrir un espacio de reflexión sobre la maternidad como experiencia subjetiva, vincular e institucional. Reconocer que no existe una única forma de vivir el embarazo, el parto o el puerperio	Maternidad deseada, ambivalente o temida. Mandatos de “buena madre”. Culpa, miedo, expectativas, historia personal de cuidado, vínculos familiares y condiciones del encierro.	Presentación grupal breve. Conversación guiada sobre experiencias, expectativas y temores. Consigna escrita: “Lo que espero, lo que temo y lo que necesito en esta maternidad”
Taller 2. Vínculo temprano, apego y mentalización	Favorecer la comprensión del vínculo temprano como proceso gradual. Promover la capacidad de imaginar al bebé como sujeto con necesidades, emociones y señales propias.	Vínculo temprano, apego, disponibilidad emocional, respuesta sensible, contacto, voz, mirada, tacto, lactancia o alimentación, señales del recién nacido y mentalización parental.	Ejercicio de imaginación guiada sobre el bebé. Escritura de una carta breve al hijo/a. Identificación de posibles formas de contacto, cuidado y comunicación en el contexto institucional.
Taller 3. Grupo de palabra y sostén emocional	Habilitar un espacio de escucha y expresión emocional. Disminuir la sensación de aislamiento y favorecer el reconocimiento entre pares.	Soledad, incertidumbre, separación familiar, relación con otros hijos, temor al parto, preocupación por el futuro, confianza, desconfianza institucional y recursos de sostén	Ronda de palabra con preguntas orientadoras: “¿Qué necesito que otros comprendan de mi embarazo o puerperio?” y “¿Qué me ayuda a sostenerme emocionalmente?”. Intercambio grupal moderado.
Taller 4. Expresión emocional, trauma y	Reconocer emociones asociadas al embarazo, puerperio y encierro. Incorporar estrategias	Miedo, ansiedad, tristeza, enojo, culpa, vergüenza, recuerdos dolorosos, señales	Mapa corporal de emociones. Ejercicio breve de respiración o anclaje. Elaboración de una

regulación afectiva	básicas de regulación afectiva desde una perspectiva sensible al trauma.	corporales de malestar, trauma, autocuidado, regulación emocional y pedido de ayuda.	lista personal de recursos de calma y señales de alarma emocional.
Taller 5. Preparación para el puerperio, separación o egreso	Preparar subjetiva y prácticamente el puerperio en distintos escenarios posibles. Disminuir incertidumbre ante permanencia con el bebé, separación, traslado o egreso.	Cambios emocionales del puerperio, lactancia o alimentación, descanso, cuidado corporal, vínculo con el recién nacido, contacto con la familia, relación con otros hijos y continuidad del cuidado.	Elaboración de un “plan mínimo de cuidado”: necesidades personales, apoyos disponibles, señales de alerta, personas o equipos a quienes acudir y estrategias para sostener el vínculo.

Tabla 2. Actividades de cierre

Taller	Actividades de cierre
Taller 1. Construcción de maternidades en contexto de encierro	Validación de la diversidad de experiencias maternas. Identificación de necesidades de acompañamiento emocional o derivación individual si corresponde.
Taller 2. Vínculo temprano, apego y mentalización	Reforzamiento de la idea de que el vínculo puede construirse progresivamente, incluso en condiciones adversas, cuando existen reconocimiento, acompañamiento y continuidad del cuidado.
Taller 3. Grupo de palabra y sostén emocional	Identificación de recursos personales, vínculos significativos y apoyos institucionales posibles. Registro de demandas que requieran seguimiento psicológico.
Taller 4. Expresión emocional, trauma y regulación afectiva	Síntesis de estrategias de afrontamiento. Orientación sobre cuándo solicitar ayuda psicológica ante angustia intensa, ideas autolesivas, insomnio severo, miedo persistente o desorganización emocional.
Taller 5. Preparación para el puerperio, separación o egreso	Integración de aprendizajes del ciclo. Reconocimiento de recursos personales e institucionales. Definición de posibles derivaciones o seguimientos individuales.

Estos talleres conforman, de manera integral, el Taller de Preparación Integral para la Maternidad en Contextos de Encierro. No solo cumplen una función informativa, sino también una estructura psicológica a través de la cual se puede construir la maternidad en sus

aspectos emocionales, físicos, relacionales e institucionales. De esta manera, el programa integra la capacitación para el parto, un sistema de apoyo emocional, el fortalecimiento del vínculo temprano, la prevención del malestar psicológico y la orientación en situaciones de riesgo.

La propuesta debe considerarse como un recurso flexible. Puede modificarse para su uso en pequeños grupos, entre mujeres en diversas etapas del embarazo, mujeres recién posparto o mujeres con otros hijos. También podría incluir sesiones individuales cuando se identifiquen signos de depresión, ansiedad severa, trauma, riesgo suicida, psicosis posparto, uso problemático de sustancias o violencia, en los cuales los talleres no suplantán la derivación especializada, sino que sirven como un punto de entrada para la identificación temprana y la coordinación institucional.

7.10 Cronograma de implementación

El cronograma de implementación (Tabla 3) presenta el proceso de implementación en una secuencia progresiva, comenzando por asegurar las condiciones institucionales mínimas, luego desarrollando los cinco talleres y finalmente incorporando la fase de evaluación. Esta organización evita que el dispositivo sea una actividad separada y permite la creación de un proceso corto y ordenado que pueda seguir las condiciones reales del establecimiento penitenciario. La relevancia del programa se examina luego en la última fase, con nuevas necesidades registradas y cambios relevantes definidos para la próxima implementación.

7.11 Devolución de resultados

Una vez finalizado el ciclo de talleres, se espera que se realice una retroalimentación de los resultados. Este proceso será de carácter formativo, institucional y no punitivo.

Tabla 3. Cronograma de implementación del Taller de Preparación Integral para la Maternidad en contextos de encierro

Fase	Sem.	Actividades principales	Responsables	Producto esperado
Preparación institucional y técnica	1	Solicitud de autorización institucional, coordinación con autoridades penitenciarias y equipos de salud, definición del espacio físico y horarios	Psicólogo/a coordinador/a, referentes penitenciarios y equipo de salud.	Condiciones institucionales básicas acordadas.
Preparación institucional y técnica	2	Identificación de destinatarias, convocatoria, preparación de materiales, ajuste de criterios de participación, confidencialidad relativa y derivación.	Psicólogo/a coordinador/a y equipo interdisciplinario.	Grupo inicial conformado y materiales disponibles.
Ejecución	3	Taller 1. Construcción de maternidades en contexto de encierro.	Psicólogo/a coordinador/a y co-coordinador/a.	Primer encuentro realizado y necesidades iniciales registradas.
Ejecución	4	Taller 2. Vínculo temprano, apego y mentalización.	Psicólogo/a coordinador/a y co-coordinador/a	Recursos vinculares trabajados.
Ejecución	5	Taller 3. Grupo de palabra y sostén emocional.	Psicólogo/a coordinador/a y co-coordinador/a	Demandas emocionales identificadas.
Ejecución	6	Taller 4. Expresión emocional, trauma y regulación afectiva.	Psicólogo/a coordinador/a y co-coordinador/a	Estrategias de regulación afectiva trabajadas.
Ejecución	7	Taller 5. Preparación para el puerperio, separación o egreso.	Psicólogo/a coordinador/a y equipo interdisciplinario según necesidad	Planes mínimos de cuidado elaborados.
Evaluación y ajuste	8	Registro de asistencia, valoración de participación, identificación de dificultades, derivaciones realizadas y reunión de cierre con el equipo.	Psicólogo/a coordinador/a y equipo interdisciplinario.	Informe breve de evaluación y ajustes sugeridos.

La retroalimentación, por su parte, tendrá la función de comunicar los principales aspectos que se observen durante la ejecución de los diferentes talleres, evaluar su

pertinencia, identificar dificultades operativas, consignar necesidades que puedan ir surgiendo y proponer ajustes para aplicaciones a futuro. Este proceso está dirigido particularmente al equipo institucional participante de la implementación, lo que incluye a profesionales de psicología, salud, trabajo social, referentes penitenciarios y autoridades responsables de habilitar el dispositivo. Se contempla una sucinta reunión de cierre, organizada por el profesional responsable de los talleres, donde se hará referencia a los resultados generales: asistencia, participación, adecuación de contenidos, dificultades observadas, derivaciones realizadas y recomendaciones de continuidad.

Asimismo, se plantea una devolución grupal a los participantes, una vez finalizados los talleres. Esta instancia no tendrá un carácter evaluativo individual, sino más bien integrador. Se concentrará en discutir sobre lo aprendido, reconocer los recursos personales e institucionales, aclarar dudas, poner en claro las formas de solicitar ayuda y cerrar cuidadosamente el espacio. Las observaciones sobre problemas individuales no se comunicarán al grupo; se utilizarán los canales institucionales correspondientes cuando se detecten situaciones de riesgo o necesidades de seguimiento, respetando los criterios de confidencialidad y anteponiendo la protección de la mujer y del neonato. En tales casos, el equipo coordinador debe describir brevemente la situación, activar el circuito de derivación que corresponda e impedir un uso moralizante o disciplinario de la información obtenida en las actividades propuestas.

Del proceso de retroalimentación se obtendrá un breve informe de cierre, diseñado por el equipo coordinador. Dicho documento puede incluir los siguientes elementos: número de reuniones realizadas, asistencia general, principales temas trabajados, obstáculos de implementación, necesidades recurrentes, derivaciones realizadas, evaluación de factibilidad y recomendaciones para un nuevo ciclo. Este informe no debe contener relatos íntimos innecesarios ni juicios sobre la capacidad maternal de las participantes.

8. Evaluación prevista de la propuesta de intervención psicológica perinatal

La propuesta incluye un proceso de evaluación contextualizado y planificado orientado hacia la formación y prospección. No proporciona hallazgos cuantitativos, ni cuantifica resultados clínicos previamente establecidos, sino que contribuye con criterios para evaluar la relevancia, viabilidad, coherencia interna y condiciones de implementación de los Talleres PIM dentro de un entorno de confinamiento. La evaluación se utiliza para anticipar si el dispositivo aborda las necesidades psicológicas, relacionales e institucionales delineadas en la revisión teórica y documental.

De manera ampliada, la estrategia evaluativa utilizada será de tipo integrativa, donde se combinen indicadores de proceso, resultados esperados, instrumentos de registro y una rúbrica de evaluación. Proporciona apoyo para la definición de tres niveles de diferenciación: las condiciones requeridas para implementar el dispositivo; los cambios que podrían ser observables en una etapa temprana, si los talleres se desarrollan adecuadamente; y los criterios para el ajuste, basado en implementaciones futuras. Por lo tanto, la evaluación no debe usarse para juzgar la efectividad, sino como un mecanismo para rastrear, analizar y mejorar lo propuesto.

Este proceso de evaluación será en gran medida cualitativo y descriptivo. Los datos obtenidos ayudarán a decidir si la propuesta es operativa, si su contenido es significativo para los destinatarios y si el marco institucional apoya la escucha, la psicoeducación, la detección temprana y la articulación con equipos de salud.

8.1 Criterios de evaluación de proceso

Los criterios de evaluación del proceso (Tabla 4) facilitan la comprensión de si los Talleres PIM se desarrollan bajo las condiciones institucionales mínimas posibles. Se refieren a la organización del dispositivo, la autorización institucional, la convocatoria, la asistencia, la continuidad de las reuniones, la coordinación interdisciplinaria y los circuitos de derivación. Sirven para detectar obstáculos operativos y realizar correcciones en lugar de atribuir rápidamente las dificultades a los participantes o al diseño del taller.

Tabla 4. Criterios de evaluación de proceso para la implementación prevista de los Talleres PIM

Dimensión	Criterio de proceso	Indicador de valoración	Fuente de verificación
Organización institucional	Autorización para realizar los talleres	Existencia de acuerdo formal o autorización institucional	Registro institucional
Convocatoria	Identificación de gestantes y puérperas destinatarias	Listado inicial de participantes potenciales	Registro del equipo
Participación	Asistencia a los encuentros	Participación en al menos tres de cinco talleres	Planilla de asistencia
Continuidad	Cumplimiento del cronograma previsto	Realización de los cinco talleres o justificación de ajustes	Cronograma y actas
Coordinación	Articulación con salud, psicología y referentes penitenciarios	Al menos una reunión de coordinación inicial y una de cierre	Actas breves
Seguridad clínica	Identificación de situaciones de riesgo	Existencia de criterios de derivación ante alarma emocional	Registro profesional

Nota: La tabla organiza condiciones mínimas de implementación. No mide efectos clínicos definitivos, sino aspectos vinculados con disponibilidad institucional, sostenimiento del encuadre, participación, coordinación profesional y seguridad clínica.

8.2 Indicadores de resultados esperados

Los indicadores de resultados esperados (Tabla 5) permiten anticipar los cambios iniciales que podrían ocurrir con la configuración adecuada del dispositivo. Estos no deben tomarse como resultados obtenidos, sino más bien como posibles respuestas derivadas del conocimiento sobre el curso perinatal, la expresión de emociones, la identificación de mecanismos de afrontamiento, la preparación para el período posparto y el fortalecimiento de los vínculos tempranos. Una encuesta de estos indicadores permite cuestionar si los talleres proporcionan las condiciones básicas para la elaboración subjetiva y la orientación psicológica.

Tabla 5. Indicadores de resultados esperados de los Talleres PIM

Área evaluada	Resultado esperado	Indicador de logro esperado	Instrumento sugerido
Psicología perinatal	Mayor comprensión sobre embarazo, parto y puerperio	Reconoce cambios emocionales esperables y señales de alarma	Cuestionario breve pre/post
Expresión emocional	Mayor posibilidad de nombrar temores, ambivalencias y necesidades	Expresa al menos una preocupación o necesidad significativa	Registro de taller
Afrontamiento	Identificación de recursos personales de regulación emocional	Elabora una lista mínima de recursos de calma y pedido de ayuda	Ficha individual
Vínculo temprano	Mayor anticipación subjetiva del bebé	Identifica formas posibles de contacto, cuidado o comunicación	Actividad escrita
Derechos y cuidados	Mayor reconocimiento de necesidades de información y acompañamiento	Formula dudas o requerimientos sobre parto, puerperio o lactancia	Ronda de cierre
Derivación	Detección de situaciones que requieren seguimiento	Se registra y deriva oportunamente si hay riesgo emocional	Ficha profesional

Nota. Los indicadores refieren resultados esperados y no efectos comprobados. Su función es orientar la futura aplicación del dispositivo y establecer parámetros iniciales de observación

8.3 Instrumentos de registro y evaluación

Se propone el empleo de una variedad de instrumentos simples y breves en un contexto institucional. Esto proporcionará un medio para recopilar información relevante para medir la utilidad práctica del dispositivo, trazar problemas con la implementación, identificar necesidades que surjan e informar futuras modificaciones. Su uso debe tener en cuenta principios de relativa confidencialidad, cuidado ético de la información y una falta de juicios morales sobre la maternidad de las participantes.

Los instrumentos recomendados son: hoja de asistencia, formulario de caracterización inicial, cuestionario breve sobre conocimientos y expectativas, registro de observación del

equipo coordinador, hoja de señales de alarma y derivación, actividad de cierre escrita, informe de evaluación interdisciplinaria. Dichos registros deben redactarse en términos claros, concisos y privados y no deben transcribirse en exceso las historias personales de los individuos o inferencias disciplinarias

8.4 Rúbrica de valoración de la propuesta

La rúbrica de evaluación (Tabla 6) permite revisar la calidad del diseño y las condiciones operativas anticipadas para los Talleres PIM. Se puede utilizar antes de un esfuerzo piloto, en etapas de implementación en el mundo real o al final de un proceso de taller. Su objetivo es facilitar un examen sistemático del dispositivo, evitando que la evaluación se convierta en una medida fija o descontextualizada.

8.5 Criterios de logro y ajuste del dispositivo

Los criterios de logro permiten establecer cuándo la propuesta puede considerarse pertinente, factible y preliminarmente adecuada para una futura implementación. El dispositivo se considerará pertinente si sus contenidos se corresponden con las necesidades identificadas: salud mental perinatal, elaboración subjetiva de la maternidad, vínculo temprano, expresión emocional, regulación afectiva, preparación para el posparto y orientación ante situaciones de riesgo.

Asimismo, la factibilidad de la propuesta vendrá dada considerando la autorización institucional, el espacio disponible, una convocatoria definida, la coordinación con referentes internos y la posibilidad de realizar los encuentros previstos. Aspectos menores como necesidad de ajustar horarios, cantidad de participantes o secuencia de encuentros no se considerarán una falla de la propuesta, ya que estas modificaciones forman parte de la realidad operativa del contexto penitenciario.

Con relación a los resultados que se pretenden, la propuesta será preliminarmente adecuada si los participantes tienen la capacidad de detectar necesidades emocionales e identificar maneras de afrontarlas, poder expresar dudas sobre el parto o el posparto, imaginar formas de relacionarse con el bebé y comprender los canales de asistencia. De la

misma manera será un criterio de importancia que el equipo coordinador pueda reconocer situaciones que necesiten orientación individual o derivación especializada.

Tabla 6. Rúbrica para valorar la intervención psicológica perinatal PIM.

Criterio	Insuficiente	Básico	Adecuado	Alto
Pertinencia	No responde a necesidades perinatales específicas	Responde parcialmente	Responde a necesidades psicológicas y vinculares relevantes	Integra necesidades subjetivas, vinculares, institucionales y de derechos
Factibilidad	Requiere recursos no disponibles	Puede aplicarse con ajustes importantes	Puede implementarse con recursos institucionales básicos	Es viable, progresiva y articulada con equipos existentes
Coherencia metodológica	Actividades desarticuladas	Actividades parcialmente vinculadas	Talleres ordenados y coherentes con objetivos	Secuencia clara, sensible al trauma y ajustada al contexto
Articulación institucional	Sin coordinación definida	Coordinación informal	Coordinación básica con salud y unidad penitenciaria	Circuitos claros de comunicación, derivación y seguimiento
Evaluabilidad	No define indicadores	Define indicadores generales	Define indicadores de proceso y resultado	Integra proceso, resultado esperado, impacto e instrumentos

En general, lo que se busca con el proceso de evaluación es la producción de insumos para el ajuste presente y futuro de la propuesta. Estos ajustes pueden incidir sobre el contenido, el tiempo invertido en las reuniones, la forma de invitación, la coordinación institucional, la manera cómo se llevan los registros y el contenido de estos, los criterios de derivación o la necesidad de incorporar instancias individuales complementarias. De esta manera, la evaluación planificada no se limita a controlar la ejecución, sino que permite mejorar iterativamente la propuesta.

9. Conclusiones, aportes, limitaciones y líneas futuras

9.1 Conclusiones y discusión

El estudio conducido trajo como consecuencia el diseño de una propuesta de apoyo o acompañamiento psicológico perinatal, dirigida a mujeres embarazadas y posnatales privadas de libertad en Neuquén. Producto de la revisión teórica, documental y normativa ejecutada, se concluye que el embarazo, el parto y el período posparto en situaciones de confinamiento no pueden abordarse sólo desde una perspectiva obstétrica o asistencial general. Se refieren a procesos biopsicosociales producto de la interacción de dimensiones subjetivas, vinculares, institucionales, jurídicas y éticas que inciden sobre la salud mental perinatal y sobre la construcción del vínculo temprano.

La revisión reveló que las mujeres embarazadas y posparto privadas de libertad tienen necesidades psicológicas, relacionales e institucionales particulares. Estas incluyen: la capacidad de expresar miedos, ambivalencias, culpa, ansiedad, tristeza, expectativas sobre tener un bebé, cuestiones relacionadas con la lactancia, miedo a la separación de sus hijos y dudas sobre el ejercicio de la maternidad bajo custodia estatal. Estas manifestaciones no pueden necesariamente diagnosticarse como trastornos psicopatológicos, pero tampoco debe naturalizarse como consecuencias inevitables del confinamiento.

Tomando en consideración esta perspectiva, el malestar perinatal debe visualizarse como una experiencia situada. Las circunstancias institucionales, la ruptura de la autonomía, el aislamiento de la red afectiva, la incertidumbre judicial, las restricciones de privacidad y la posible separación del recién nacido pueden exacerbar el sufrimiento psicológico. Por lo tanto, el apoyo perinatal debe posicionarse entre dos riesgos clínicos: patologizar toda expresión de malestar o invisibilizarla por considerarla propia del contexto penitenciario.

El modelo grupal, psicoeducativo, clínico-preventivo e institucional, que caracteriza a los Talleres de Preparación Integral para la Maternidad, pueden coadyuvar a la solución de este problema. Facilitan la elaboración de información, la escucha, la manifestación espontánea de emociones, el fortalecimiento del vínculo temprano, la preparación para el posparto y la detección de señales de alerta.

9.2 Aportes y contribuciones

Una propuesta de intervención tangible, racionalizada y evaluable constituye el núcleo de la contribución del trabajo. La investigación no solo describe el problema, sino que construye una propuesta con potencial práctico, con elementos tales como fundamentación, objetivos, destinatarias, metodología, desarrollo de encuentros, recursos, cronograma, criterios de evaluación y modalidad de devolución. Profesionalmente, el estudio contribuye a la comprensión de lo que significa para el psicólogo brindar atención perinatal en el contexto de instalaciones de confinamiento. La intervención psicológica implica prevención, psicoeducación y apoyo emocional, identificación temprana, fortalecimiento de recursos subjetivos y coordinación interdisciplinaria, diagnóstico, manejo de crisis y derivación.

Institucionalmente, la herramienta sugerida se ajustaría a los recursos disponibles. No hay una construcción paralela, sino la provisión de algunas condiciones institucionales previas: autorización institucional, un área privada, una convocatoria específica, coordinación con equipos de atención médica y regulaciones claras de derivación. Lo propuesto brinda apoyo y asistencia psicológica perinatal para mujeres en confinamiento como parte de una respuesta institucional integral.

Desde una perspectiva ética y social, el estudio trabaja para presentar a las mujeres bajo custodia estatal que atraviesan la gestación, el parto o el puerperio como sujetos de derecho, discurso, deseo, cuidado y conexión. Esta alternativa es una intervención más real y cuidadosa que una postura moralizante sobre la maternidad en prisión, y el reconocimiento de la necesidad de una intervención respetuosa, sensible al trauma y centrada en aliviar el sufrimiento evitable.

9.3 Limitaciones

Una de las limitaciones más importantes del trabajo es que actualmente se encuentra en etapa de diseño, por lo que no es posible presentar resultados empíricos sobre la eficacia, el impacto clínico o la recepción subjetiva de los talleres. Los resultados presentados son el producto de una revisión teórica y documental, por lo que deben interpretarse como indicadores de evaluación prospectiva.

Debido a la escasa producción de estudios empíricos en Argentina y, en particular en Neuquén, la revisión necesitó recurrir a otros estudios internacionales, revisiones sistemáticas, documentos institucionales, regulaciones y precedentes regionales para crear una base adecuada. Si bien, esta decisión reforzó el marco general, se percibió como una limitación, y una necesidad por más estudios locales sobre salud mental perinatal en contextos penitenciarios.

Otra limitación potencial es el hecho de que la propuesta dependa de circunstancias institucionales que pueden diferir: disponibilidad profesional, autorización de las autoridades, espacios físicos, horarios, criterios de traslado y coordinación con equipos de salud.

9.4 Líneas futuras de investigación e intervención

Para la obtención de datos empíricos, que permitan evaluar la propuesta de talleres PIM, se recomienda la aplicación de una experiencia piloto en el ámbito penitenciario femenino de Neuquén. Así podrán verificarse las tasas de asistencia y participación, la importancia que dan las participantes al contenido, las barreras institucionales, las necesidades que se presentan, las derivaciones realizadas y la percepción de las participantes. Además, sería interesante realizar más investigaciones cualitativas con las participantes directas y profesionales involucrados, de manera de profundizar en experiencias, barreras, recursos disponibles y condiciones reales para sostener dispositivos de acompañamiento perinatal.

Se sugiere profundizar en el diseño de protocolos institucionales de acompañamiento psicológico perinatal en contextos de confinamiento, integrando salud mental, obstetricia, pediatría, trabajo social, género y derechos humanos. Estas líneas permitirían fortalecer la continuidad del cuidado, prevenir sufrimiento evitable y consolidar intervenciones situadas, evaluables y respetuosas de la dignidad de las mujeres y sus hijos.

Referencias

Alirezaei, S., & Latifnejad Roudsari, R. (2022). The needs of incarcerated pregnant women: A systematic review of literature. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 10(1), 2–14. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2021.89508.1613>

Alirezaei, S., & Latifnejad Roudsari, R. (2023). Motherhood experiences of incarcerated pregnant women: A phenomenological study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 11(4), 257–269. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2023.98392.2237>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023a). Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. *Obstetrics & Gynecology*, 141(6), 1262–1288. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005202>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023b). Screening and diagnosis of mental health conditions during pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2023/06/screening-and-diagnosis-of-mental-health-conditions-during-pregnancy-and-postpartum>

Clark, A., Lancellotta, L., & Kennedy, T. D. (2025). Parenting interventions for incarcerated mothers. *Frontiers in Psychiatry*, 16, Article 1658663. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1658663>

Herrera, V. (2025). La situación carcelaria de las mujeres en la provincia de Neuquén desde la criminología feminista. El caso de la U16 [Tesis de maestría, Universidad Nacional del Comahue]. Repositorio Digital Institucional. <https://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/18452>

Hwang, W. Y., Choi, S. Y., & An, H. J. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: A methodological study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 28(1), 8–17. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2022.01.04>

Kirubarajan, A., Tsang, J., Dong, S., Hui, J., Sreeram, P., Mohmand, Z., Leung, S., Ceccacci, A., & Sobel, M. (2022). Pregnancy and childbirth during incarceration: A qualitative systematic review of lived experiences. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(9), 1460–1472. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17137>

Kramer, C., Bradley, D., Schlafer, R. J., & Sufrin, C. (2025). Maternal health and incarceration: Advancing pregnancy justice through research. *Health & Justice*, 13(1), Article 36. <https://doi.org/10.1186/s40352-025-00343-7>

Ley 25.929 de Parto Humanizado. (2004). <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>

Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental. (2010). <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley 24.660 de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad. (1996). <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=37872>

Ley 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia. (2021). <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/346233/norma.htm>

Manquel, V. E. (2019). El derecho a maternar de las personas presas: Estrategias de vinculación de las personas madres detenidas con sus hijos/as fuera de la prisión. *Descentrada*, 3(2), Article e087. <https://doi.org/10.24215/25457284e087>

Martín-Sánchez, M. B., Martínez-Borba, V., Catalá, P., Osma, J., Peñacoba-Puente, C., & Suso-Ribera, C. (2022). Development and psychometric properties of the maternal ambivalence scale in Spanish women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), Article 625.

<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04956-w>

Moraes, L., Monteiro, R., Soares, L., & Maia, D. (2023). Maternity in prison: Influence on physical and emotional health. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 23, Article e202300246. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000246-en>

O'Brien, J., Gregg, L., & Wittkowski, A. (2023). A systematic review of clinical psychological guidance for perinatal mental health. *BMC Psychiatry*, 23(1), Article 790. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05173-1>

O'Dea, G. A., Youssef, G. J., Hagg, L. J., Francis, L. M., Spry, E. A., Rossen, L., Smith, I., Teague, S. J., Mansour, K., Booth, A., Davies, S., Hutchinson, D., & Macdonald, J. A. (2023). Associations between maternal psychological distress and mother-infant bonding: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 26(4), 441–452. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01332-1>

Office for Health Improvement and Disparities. (2022). *Working definition of trauma-informed practice*. <https://www.gov.uk/government/publications/working-definition-of-trauma-informed-practice/working-definition-of-trauma-informed-practice>

Oliveira, T. M. P. D., Santos, J. A. D., Aquino, P. D. S., & Jorge, H. M. F. (2024). Labor and childbirth care for women deprived of liberty: A scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 58, Article e20240035. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2024-0035en>

Pan, T., Zeng, Y., Chai, X., Wen, Z., Tan, X., & Sun, M. (2024). Global prevalence of perinatal depression and its determinants among rural women: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 2024(1), Article 1882604. <https://doi.org/10.1155/2024/1882604>

Procuración Penitenciaria de la Nación, Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires, & Ministerio Público de la Defensa. (2019). *“Parí como una condenada”: Experiencias de violencia obstétrica de mujeres privadas de la libertad.*

Santos, D. S. S. D., Schneider, D. G., & Vargas, M. A. D. O. (2024). Maternity behind and beyond bars: Analysis from the perspective of protection bioethics. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(Suppl. 4), Article e20220576. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0576>

Shlafer, R., Saunders, J. B., Boraas, C. M., Kozhimannil, K. B., Mazumder, N., & Freese, R. (2020). Maternal and neonatal outcomes among incarcerated women who gave birth in custody. *Birth*, 48(1), 122–131. <https://doi.org/10.1111/birt.12524>

Steely Smith, M. K., Hooper, J. E., Calvert, M., & Zielinski, M. J. (2025). A qualitative analysis of formerly incarcerated women's perspectives on a prison-based perinatal support program. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), Article 866. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07900-w>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2011). *Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes y sus comentarios: Reglas de Bangkok.* https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Bangkok_Rules_ESP_24032015.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos: Reglas Nelson Mandela.* https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-S-ebook.pdf

World Health Organization. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services.* <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/63b2d474-202f-45d8-84fa-e80762ec86cc/content>

Žutić, M. (2023). Biopsychosocial models of peripartum depression: A narrative review. *Clínica y Salud*, 34(2), 91–99. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a16>