

ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN POSPARTO Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO MATERNO: RETOS, LIMITACIONES Y OPORTUNIDADES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

ADDRESSING POSTPARTUM DEPRESSION AND PREVENTING MATERNAL SUICIDE: CHALLENGES, LIMITATIONS, AND OPPORTUNITIES FROM A SOCIAL WORK PERSPECTIVE

Sergio Capella Castillo

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universitat de València

Salomé Ramírez Gil

Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universitat de València

Resumen: La depresión posparto constituye un problema de salud pública de gran magnitud y se reconoce como uno de los principales factores de riesgo de suicidio materno. A pesar de su elevada prevalencia, el fenómeno continúa invisibilizado y con limitaciones en su abordaje dentro del sistema sanitario español. La finalidad principal de esta investigación es analizar el rol del Trabajo Social en la prevención del suicidio en mujeres con depresión posparto, identificando riesgos, barreras y oportunidades de intervención. Para alcanzar este objetivo se adopta una metodología cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas a cinco madres con diagnóstico de depresión posparto y cinco profesionales sanitarias. Los resultados evidencian la existencia de factores psicológicos, sociales y estructurales que incrementan la vulnerabilidad de las madres, así como carencias en recursos, programas y seguimiento posparto. Frente a estas limitaciones, se propone la consolidación de redes de apoyo, el fortalecimiento de estrategias interdisciplinarias y la inclusión activa de trabajadores/as sociales en equipos de salud, desempeñando funciones de prevención, intervención y posventa. El Trabajo Social se configura así como un agente clave en la protección del bienestar emocional materno y en la reducción de conductas suicidas.

Palabras Clave: Depresión posparto, Trabajo Social, suicidio materno, factores de riesgo, prevención.

Abstract: Postpartum depression represents a major public health issue and is recognized as one of the main risk factors for maternal suicide. Despite its high prevalence, the phenomenon remains largely invisible and inadequately addressed within the Spanish healthcare system. The primary aim of this study is to analyze the role of Social Work in preventing suicide among women with postpartum depression, identifying risks, barriers, and opportunities for intervention. To achieve this objective, a qualitative methodology was adopted, based on semi-structured interviews with five mothers diagnosed with postpartum depression and five healthcare professionals. The findings reveal the presence of psychological, social, and structural factors that increase maternal vulnerability, as well as shortcomings in resources, programs, and postpartum follow-up. In light of these limitations, the study proposes the consolidation of support networks, the strengthening of interdisciplinary strategies, and the active inclusion of social workers in healthcare teams, performing prevention, intervention, and postvention functions. Social Work thus emerges as a key agent in protecting maternal emotional well-being and in reducing suicidal behaviors.

Keywords: Postpartum depression, Social Work, maternal suicide, risk factors, prevention.

Referencia normalizada: Capella, S. y Ramírez, S. (2025) Atención a la depresión posparto y prevención del suicidio materno: retos, limitaciones y oportunidades desde el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy* 104(1), págs. 1-17. Doi: 10.12960/TSH.2025.0016

Correspondencia: Sergio Capella Castillo. Email: sergio.capella@uv.es

1. INTRODUCCIÓN

La depresión posparto representa un desafío de gran complejidad, con repercusiones que trascienden a la madre e inciden directamente en la dinámica familiar y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) subraya que la salud mental materna no solo tiene implicaciones clínicas, sino que también está profundamente condicionada por factores sociales, económicos y culturales, tales como la falta de apoyo familiar, la precariedad laboral o la desigualdad de género. En el contexto español, diversos estudios estiman que entre un 10 y un 20% de mujeres experimentan síntomas de depresión posparto, siendo esta una de las principales causas de sufrimiento psicológico en el primer año tras el nacimiento (Rodríguez-Muñoz *et al.*, 2023). De forma especialmente alarmante, el suicidio materno representa alrededor del 20% de las muertes durante el puerperio, lo que lo convierte en un grave problema de salud pública (Sánchez-Tapia *et al.*, 2017; Martínez-Vázquez *et al.*, 2025). Este escenario exige sistemas de atención capaces de dar respuesta tanto a la magnitud del fenómeno como a las necesidades específicas de las madres en situación de vulnerabilidad.

La depresión posparto ha sido tradicionalmente invisibilizada y abordada desde perspectivas centradas en el ámbito biomédico, relegando las dimensiones sociales y estructurales del problema. Este enfoque reduccionista ha limitado la detección temprana y la implementación de intervenciones integrales (Caparrós-González y Rodríguez, 2020). Sin embargo, el modelo biopsicosocial impulsado por la OMS (2014) ha promovido una comprensión más amplia que reconoce la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud materna. Pese a ello, nos encontramos con barreras significativas como la escasez de recursos sanitarios especializados, estigmatización social hacia las madres con depresión o la ausencia de programas de acompañamiento continuado tras el parto (Antúnez *et al.*, 2022; Prades-Cabellero *et al.*, 2023). Estas limitaciones son aún más acuciantes en colectivos con menor apoyo social o en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, donde la falta de redes de cuidado y la precariedad laboral incrementan los riesgos de aislamiento y conductas suicidas (Yörük *et al.*, 2020).

En este escenario, el Trabajo Social se configura como una disciplina esencial para abordar la depresión posparto desde un enfoque integral, al situar en el centro de la intervención tanto a la mujer como a su entorno familiar y comunitario. Desde su perspectiva interdisciplinaria, el Trabajo Social puede actuar en la prevención, detección temprana, acompañamiento y posvención del suicidio materno, contribuyendo a superar las limitaciones de los modelos exclusivamente clínicos (Deichen *et al.*, 2022; Rodríguez-Muñoz *et al.*, 2023; Reid *et al.*, 2024). No obstante, la escasa presencia de profesionales del Trabajo Social en equipos de salud y la desvalorización institucional de su papel, ha limitado su capacidad de incidencia en políticas públicas y programas de atención. Diferentes investigaciones en la materia destacan la necesidad de integrar al Trabajo Social como un agente clave en la construcción de estrategias inclusivas y sostenibles, capaces de visibilizar la depresión posparto y prevenir sus consecuencias más graves (Rodríguez-González, 2018; Miller *et al.*, 2017; Santiago-Warner, 2024).

El objetivo de esta investigación es analizar los desafíos, barreras y oportunidades de los sistemas de atención a la depresión posparto y al suicidio materno desde la perspectiva del Trabajo Social. Para ello, se identifican los principales factores de riesgo, se examina el papel de esta disciplina en la detección y abordaje de la depresión posparto y se evalúa la efectividad de las

estrategias de intervención en la prevención del suicidio materno, con el propósito de contribuir a la mejora de la atención sociosanitaria y a la protección de la salud mental materna.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación adopta un enfoque cualitativo, adecuado para explorar en profundidad los fenómenos sociales a partir de los significados, percepciones y experiencias que las personas construyen en torno a ellos (Laumann, 2020). Se ha optado por un diseño descriptivo interpretativo, orientado a obtener un conocimiento amplio y detallado sobre la depresión posparto y el papel del Trabajo Social en la prevención del suicidio materno. Este diseño resulta pertinente para comprender la complejidad del objeto de estudio y posibilita un análisis minucioso de los relatos, vivencias e interpretaciones tanto de las madres como de las profesionales participantes.

2.1. Participantes

Para conformar la muestra de la investigación se aplicó un muestreo no aleatorio, escogiendo la modalidad estratégica o discrecional, de manera que la selección de las participantes respondió a características clave relacionadas con la investigación y a la valoración profesional (Palinkas *et al.*, 2015). La muestra incluyó a madres que habían experimentado un diagnóstico clínico de depresión posparto, así como a profesionales del ámbito sanitario con experiencia en atención perinatal. En concreto, participaron cinco madres residentes en la Comunidad Valenciana (España) que habían vivido episodios de depresión posparto en los últimos seis años. Por otro lado, se incluyó a cinco profesionales de la salud, entre ellos tres trabajadoras sociales, una psicóloga y una matrona, seleccionadas por su experiencia en la atención de la salud mental materna y el acompañamiento durante el puerperio. Los detalles de la muestra se presentan en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Profesionales participantes de la investigación.

CÓDIGO	DISCIPLINA	GÉNERO	RECURSO/ ENTIDAD	EXPERIENCIA
TS1	Trabajo Social	Mujer	Unidad de Salud Mental	5 años
TS2	Trabajo Social	Mujer	Generalitat Valenciana	7 años
TS3	Trabajo Social	Mujer	Centro Atención Primaria	12 años
PSI1	Psicología	Mujer	Hospital La Fe Valencia	5 años
MAT1	Enfermería	Mujer	Generalitat Valenciana	17 años

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Madres participantes de la investigación.

CÓDIGO	GÉNERO	EDAD	SITUACIÓN LABORAL	TRABAJO
MOM1	Mujer	30	Activa	Personal de limpieza
MOM2	Mujer	31	Activa	Auxiliar administrativa
MOM3	Mujer	33	Baja laboral	Dependiente
MOM4	Mujer	30	Desempleo	—
MOM5	Mujer	30	Activa	Dependiente

Fuente: Elaboración propia.

2.2. Instrumentos

Con el fin de obtener la información necesaria, se ha utilizado el instrumento de la entrevista semiestructurada, ampliamente utilizado en la investigación cualitativa por su idoneidad para explorar en detalle las interpretaciones y sentidos que las personas construyen a partir de sus vivencias (Díaz-Bravo *et al.*, 2013; DeJonckheere y Vaughn, 2019). Esta técnica, además de aportar una guía estructurada de temas a tratar, ofrece la flexibilidad suficiente para ahondar en cuestiones emergentes durante la conversación, favoreciendo un intercambio dinámico y significativo con las participantes (Xu, 2024). Las entrevistas fueron diseñadas a partir de la evidencia científica existente sobre depresión posparto y suicidio materno, incorporando adaptaciones en función de cada grupo de participantes. En el caso de las profesionales participantes, las preguntas estuvieron orientadas a conocer su valoración sobre la respuesta institucional a la depresión posparto, la identificación de factores de riesgo, las limitaciones del sistema y el rol del Trabajo Social en la prevención del suicidio. Por su parte, en lo que respecta a las madres entrevistadas, las cuestiones se centraron en sus vivencias durante el puerperio, las manifestaciones de síntomas depresivos, el tipo de apoyos disponibles (familiares, comunitarios y profesionales) y las barreras encontradas para acceder a una atención integral.

2.3. Procedimiento y análisis de datos

El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de marzo y abril de 2025. Las entrevistas, cuya duración osciló entre 40 y 60 minutos, se llevaron a cabo de forma presencial, en función de la disponibilidad de las participantes, permitiendo garantizar la accesibilidad y la participación en el estudio. La investigación se realizó respetando las normas éticas propias del Trabajo Social en el contexto español (Banks, 2012; Giménez-Bertomeu, 2014). Todas las participantes recibieron información detallada sobre los objetivos y procedimientos de la investigación antes de su participación, y firmaron un consentimiento informado en el que se garantizaba tanto la confidencialidad de los datos como su utilización exclusiva con fines académicos. Asimismo, todo el proceso de investigación se realizó respetando los principios éticos internacionales establecidos en la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013).

En lo que respecta al análisis de los datos obtenidos, las entrevistas fueron sometidas a un análisis de contenido, considerado un método pertinente en investigación cualitativa, ya que combina la sistematización documental con la observación crítica, lo que permite identificar patrones, matices y sentidos presentes en la comunicación de las participantes (Erlingsson, y Brysiewicz, 2017; Fernández de Castro y Díaz-Herráiz, 2021). Para estructurar los hallazgos se elaboró un sistema de categorías temáticas, siguiendo las orientaciones de Vives y Hamui (2021) donde se le asignó un código a cada categoría que facilitó la clasificación de los fragmentos de texto. El proceso de categorización se desarrolló de forma deductivoinductiva, tomando como referencia categorías apriorísticas fundamentadas en el marco teórico, y permitiendo la emergencia de categorías nuevas a partir de las narrativas recogidas (Herzog, 2016). Este doble enfoque aseguró un análisis riguroso y coherente con los objetivos de la investigación.

3. RESULTADOS

El análisis de las entrevistas ha permitido organizar los resultados en cuatro grandes categorías, directamente relacionadas con los objetivos de la investigación y con las dimensiones emergentes en los discursos de madres y profesionales participantes. Estas categorías abarcan: 1) Factores de riesgo asociados a la depresión posparto; 2) Rol del Trabajo Social en la detección y abordaje sociosanitario; 3) Estrategias sociosanitarias de intervención orientadas a la prevención del suicidio, y 4) Barreras y limitaciones del sistema sociosanitario.

Tabla 3. Categorías y subcategorías de investigación.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Factores de riesgo sociosanitarios en la depresión posparto	Determinantes psicológicos y de salud mental
	Determinantes sociales
	Determinantes estructurales
Rol del Trabajo Social en la detección y abordaje sociosanitario	Insuficiencia de recursos específicos
	Déficit de programas de intervención
	Necesidad de abordajes interdisciplinarios
Estrategias sociosanitarias de intervención del Trabajo Social en la prevención del suicidio	Seguimiento posparto continuado
	Apoyo emocional y psicosocial
	Educación y acompañamiento familiar
Barreras y limitaciones del sistema sociosanitario	Invisibilidad institucional de la depresión posparto
	Predominio del enfoque biomédico
	Carencia de recursos especializados

Fuente: Elaboración propia.

3.1. Factores de riesgo sociosanitarios en la depresión posparto

La depresión posparto se encuentra condicionada por un conjunto de factores interrelacionados de naturaleza psicológica, social y estructural. Estos determinantes evidencian cómo las experiencias individuales se ven atravesadas por contextos familiares, comunitarios y laborales que pueden intensificar la vulnerabilidad de las mujeres en el puerperio.

3.1.1. Determinantes psicológicos y de salud mental

La presencia de antecedentes depresivos, ansiedad o vivencias traumáticas previas al parto fue señalada como un factor decisivo en el desarrollo de la depresión posparto. Estos síntomas suelen quedar invisibilizados en los circuitos sanitarios, ya que la atención se centra principalmente en el recién nacido y en la dimensión física de la madre. Sin embargo, desde una mirada social, las trabajadoras sociales destacan la importancia de considerar estos factores como elementos que inciden en la capacidad de las mujeres para integrarse en sus redes familiares y comunitarias. El Trabajo Social debe desempeñar un rol clave en la detección temprana, la orientación hacia recursos de salud mental y el acompañamiento en procesos de afrontamiento.

«En ese momento mi mente y mi corazón estaban desconectados. Solo me invadía un sentimiento inmenso de pena, tristeza e impotencia, y no lo entendía como un problema de salud, sino como un fallo mío» (MOM5).

«Las experiencias traumáticas también influyen mucho; algunas mujeres consiguen sobreponerse, pero en otras desencadenan más problemas, dependiendo de la fortaleza mental que tengan» (PS1).

3.1.2. Determinantes sociales

La falta de apoyo familiar, los conflictos de pareja y la presión social sobre la maternidad fueron identificados como factores que profundizan la vulnerabilidad emocional de las mujeres. La ausencia de una red de cuidado estable genera sentimientos de aislamiento y soledad, limitando la capacidad de afrontamiento frente a los cambios del posparto.

«El entorno es todo. Necesitas una red de apoyo fuerte, pero que te respete, que te permita equivocarte y seguir siendo persona más allá de ser madre. Eso te da herramientas para avanzar» (MOM3).

«Como factores sociales, destacaría la falta de apoyo de la familia, el aislamiento, y los problemas de pareja, como conflictos o falta de comunicación» (TS1).

El Trabajo Social resulta fundamental para fortalecer las redes comunitarias, impulsar programas de apoyo familiar y mediar en la construcción de espacios de acompañamiento colectivo. La intervención profesional debe orientarse no solo a la detección de situaciones de vulnerabilidad, sino también a la articulación de apoyos sociales que permitan a las mujeres experimentar la maternidad desde un marco de dignidad, igualdad y autonomía. Así, se promueve no solo la atención individual de las madres, sino también un enfoque comunitario que reduce el riesgo de exclusión social y favorece la cohesión familiar y comunitaria.

«A veces no tienes con quién hablar realmente, y tu entorno no sabe cómo ayudarte. Eso te hace callarte y guardártelo todo dentro, y así es cuando la tristeza se hace más grande» (MOM4).

«[...] muchas veces las madres llegan con síntomas claros de depresión posparto, pero lo que más pesa no es solo lo clínico, sino la falta de apoyo social. Cuando la familia no acompaña, la mujer se siente doblemente vulnerable. Intentamos reforzar esas redes, crear espacios de escucha y acompañarlas en la construcción de un entorno más protector» (TS2).

3.1.3. Determinantes estructurales

Las condiciones laborales precarias, las dificultades para conciliar la vida familiar y el trabajo o la falta de recursos sociosanitarios especializados, fueron identificadas como factores estructurales que inciden directamente en la depresión posparto. Las profesionales coinciden en que las madres que atraviesan el puerperio en contextos de vulnerabilidad económica se encuentran con más obstáculos para acceder a servicios de salud mental y apoyo social. A ello se suma la burocracia administrativa y la insuficiente oferta de programas específicos, lo que genera sentimientos de desprotección y abandono institucional. La necesidad de impulsar políticas de conciliación laboral y familiar, garantizar recursos sociosanitarios accesibles y equitativos y reforzar la coordinación entre servicios sociales y sanitarios podría mitigar los efectos de estas desigualdades estructurales y favorecer la prevención de la depresión posparto y del suicidio materno.

«El tema laboral es un factor muy importante. No tener trabajo, o tener demasiado estrés, influye mucho porque a las cargas de la casa o la pareja se suman las familiares» (TS3).

«Muchas madres no saben ni a qué puerta llamar, la burocracia es tan complicada que terminan desistiendo antes de conseguir ayuda» (TS2).

«En zonas más alejadas de la ciudad es todavía más difícil, porque no hay transporte ni servicios especializados cerca, y al final estas mujeres se quedan sin acompañamiento» (PS1).

3.2. Rol del Trabajo Social en la detección y abordaje sociosanitario

El papel del Trabajo Social en el ámbito sociosanitario resulta clave para visibilizar la depresión posparto y prevenir posibles situaciones de suicidio materno. Sin embargo, los relatos de madres y profesionales ponen de manifiesto una serie de limitaciones en la práctica, que condicionan la capacidad de detección y el acompañamiento integral. Estas limitaciones se vinculan con la falta de recursos específicos, la escasa institucionalización de programas de intervención y la necesidad de fortalecer los equipos multidisciplinares en salud perinatal.

3.2.1. Insuficiencia de recursos profesionales

La escasa presencia de trabajadoras sociales en los servicios de salud y la falta de unidades especializadas en salud mental perinatal fueron señaladas como barreras relevantes. Este déficit restringe la capacidad de respuesta sociosanitaria, alargando los tiempos de atención y reduciendo

do el acompañamiento social que requieren las madres en riesgo. Las profesionales insisten en la necesidad de ampliar plantillas de recursos humanos y dotar de mayor estabilidad a los equipos de salud mental para garantizar un abordaje integral.

«[...] somos muy pocas, y no llegamos a todo. El tiempo es limitado y los recursos también, y eso impide un acompañamiento más cercano a las madres» (TS1).

«Hay mujeres que llegan muy tarde porque no encuentran un espacio de atención social en el centro de salud. No hay suficiente personal para detectar ni para hacer seguimiento» (TS3).

3.2.2. Déficit de programas de intervención

La ausencia de protocolos claros y de programas específicos en depresión posparto y prevención del suicidio se percibe como una limitación estructural. Según las profesionales, el sistema sanitario aborda estas situaciones desde un enfoque principalmente biomédico, sin contemplar de manera suficiente la dimensión social. El Trabajo Social, desde su perspectiva integral, puede ser una herramienta clave en la creación de planes coordinados que incluyan prevención, detección temprana, intervención y posvención.

«No hay programas diseñados para la depresión posparto. Todo se aborda desde lo clínico, pero se dejan de lado los factores sociales y eso limita mucho la intervención» (TS2)

«Sería necesario un protocolo específico que permita actuar de forma coordinada entre profesionales sanitarios y sociales, para que no se quede nada en el aire» (MAT1).

3.2.3. Necesidad de abordajes interdisciplinarios

Las informantes coincidieron en que la fragmentación de los servicios de atención dificulta un acompañamiento adecuado. La falta de comunicación entre profesionales sanitarios y sociales genera duplicidad de esfuerzos y lagunas en la atención. El Trabajo Social se presenta como una disciplina clave para articular equipos multidisciplinares, promoviendo la coordinación entre recursos y favoreciendo un abordaje biopsicosocial de la depresión posparto.

«El problema es que cada servicio va por su lado, y las madres acaban perdiéndose en esa maraña. El Trabajo Social puede ser el puente que conecte todos los recursos» (TS3).

«Si hubiera más coordinación, muchas mujeres no caerían en ese vacío entre lo sanitario y lo social. La intervención tendría más sentido» (MAT1).

«Cuando iba al centro de salud me decían que lo mío era psicológico, pero allí no había nadie que me acompañara más allá de darme medicación. Luego en servicios sociales me decían que era un tema sanitario. Yo me sentía en medio, sin que nadie me escuchara» (MOM5).

3.3. Estrategias sociosanitarias de intervención del Trabajo Social en la prevención del suicidio

El acompañamiento profesional desde una perspectiva sociosanitaria resulta fundamental para prevenir las formas más graves de sufrimiento psicológico durante el posparto, incluida la prevención del suicidio materno. Las mujeres que han atravesado episodios depresivos destacan el valor de ser escuchadas, validadas y orientadas. Las profesionales insisten en la importancia de establecer estrategias de intervención que combinen el seguimiento clínico con el apoyo psicosocial y el trabajo con el entorno familiar y comunitario.

3.3.1. Seguimiento posparto continuado

La falta de continuidad en la atención fue identificada como uno de los principales factores de riesgo en casos de depresión posparto con riesgo suicida. Las madres participantes que, tras el parto reciben un seguimiento puntual centrado en lo físico, destacan la ausencia de un acompañamiento sostenido en lo emocional o social. Las profesionales indican la necesidad de establecer itinerarios de atención que garanticen un seguimiento regular y coordinado, especialmente durante el primer año, período de máxima vulnerabilidad.

«Después del parto, todo el mundo se centró en el bebé. Yo dejé de existir. Me habría ayudado mucho tener a alguien que me preguntara cómo estaba yo, no solo mi hijo» (MOM4).

«El problema es que se hace una intervención muy puntual y luego se corta. El seguimiento debe ser continuado y adaptado a cada caso. Ahí el Trabajo Social puede tener un rol más fuerte» (TS3).

3.3.2. Apoyo emocional y psicosocial

Tanto madres como profesionales coinciden en señalar que la clave para prevenir el suicidio materno no reside únicamente en el tratamiento médico, sino también en el acompañamiento emocional. La escucha activa, la validación del sufrimiento y la orientación psicosocial son elementos fundamentales que muchas mujeres no reciben.

«[...] Yo solo necesitaba que alguien me escuchara sin decirme “*ya se te pasará*”. A veces no quieres soluciones, solo que te digan: “*estás mal, y está bien que te sientas así*”» (MOM5).

«El apoyo emocional es tan importante como el tratamiento clínico. Si no se trabaja el malestar desde lo psicosocial, el riesgo de cronificación o de suicidio aumenta» (PS1).

Las trabajadoras sociales resaltan que el Trabajo Social desde su enfoque centrado en la persona, aporta herramientas para establecer vínculos de confianza, fortalecer la autoestima y mejorar la percepción de autoeficacia de las madres en situación de crisis.

«Una trabajadora social me escuchó de verdad por primera vez. No me sentí juzgada, y eso hizo que no me hundiera del todo» (MOM2).

«A veces no hace falta que digas mucho, solo estar ahí y sostener. Es un acompañamiento silencioso, pero muy potente» (TS1).

3.3.3. Educación y acompañamiento familiar

Las participantes subrayan que el entorno familiar puede ser un factor de protección, pero también de riesgo, especialmente cuando hay falta de comprensión o sobrecarga emocional. En este sentido, las profesionales insisten en que una intervención eficaz debe incluir a la familia, ofreciendo espacios de formación, orientación y cuidado compartido. Las profesionales señalan el papel esencial del Trabajo Social en la sensibilización del entorno y en la construcción de redes de apoyo conscientes, empáticas y corresponsables.

«Mi pareja no sabía lo que me pasaba y eso me hizo sentir más sola. Si alguien le hubiera explicado cómo ayudarme, creo que todo habría sido distinto» (MOM1).

«El entorno es parte del proceso, no solo la madre. Tenemos que trabajar con las familias para que no se conviertan en una carga más» (TS2).

3.4. Barreras y limitaciones del sistema sociosanitario

La atención a la depresión posparto se encuentra condicionada por deficiencias en el sistema sociosanitario, que dificultan la detección, el seguimiento y la prevención del suicidio materno. Las entrevistas evidencian que la invisibilidad institucional del problema, el predominio del modelo biomédico y la falta de recursos especializados generan una cobertura desigual, dejando a muchas mujeres sin la atención integral que necesitan.

3.4.1. Invisibilidad institucional de la depresión posparto

La depresión posparto no ocupa un lugar prioritario en las agendas sociosanitarias ni en los planes de salud mental. Esta falta de visibilidad se traduce en ausencia de campañas de sensibilización, escasos protocolos y limitada investigación específica en el ámbito público. Las participantes subrayan que esta invisibilidad refuerza el estigma, perpetúa el silencio de las madres afectadas y retrasa la búsqueda de ayuda. Se propone, como respuesta, dar mayor relevancia a esta problemática en las políticas públicas, impulsar estudios que dimensionen su alcance y desarrollar estrategias de sensibilización dirigidas a la sociedad.

«La depresión posparto no se nombra. A nivel institucional parece que no existe, y hasta que no se visibilice, las madres seguirán sufriendo en silencio» (TS2).

«Yo nunca había oído hablar de depresión posparto hasta que lo viví. Nadie me lo explicó en el centro de salud, y eso me hizo sentir que lo que me pasaba era culpa mía» (MOM5).

3.4.2. Predominio del enfoque biomédico

La atención que se brinda a las mujeres en el período perinatal continúa centrada en el recién nacido y en los aspectos físicos de la madre, relegando la dimensión social y emocional. Este modelo biomédico limita la detección temprana y reduce la intervención a soluciones farmacológicas,

dejando de lado el acompañamiento psicosocial. Las trabajadoras sociales y otros profesionales reclaman una perspectiva interdisciplinaria que integre la mirada social en los equipos, con el fin de garantizar un abordaje biopsicosocial e integral de la maternidad.

«La mayor parte de la atención se centra en el bebé y en las revisiones físicas, pero lo que vive la madre a nivel emocional queda en un segundo plano» (MAT1).

«[...] al final lo que se ofrece es medicación, pero no se trabaja con la familia ni con la comunidad. Ahí es donde el Trabajo Social puede aportar muchísimo» (TS1).

3.4.3. Carencia de recursos especializados

Otra de las limitaciones destacadas por las informantes entrevistadas es la falta de dispositivos y programas específicos en salud mental perinatal. En muchos centros no existen unidades de referencia ni personal con formación en depresión posparto, lo que genera una atención fragmentada y desigual según el territorio. Esta situación repercute en la demora en la atención y en la ausencia de un seguimiento continuado. Desde el Trabajo Social se señala la necesidad de fortalecer la red sociosanitaria con más profesionales, formación específica y programas comunitarios de apoyo posparto.

«No hay recursos específicos para depresión posparto. Te derivan a salud mental general, y ahí es muy fácil que te pierdas en el sistema» (PS1).

«Si hubiera un equipo especializado sería diferente, porque ahora vamos un poco a ciegas. Falta personal y falta formación para atender este problema» (TS3).

4. DISCUSIÓN

El presente estudio ha permitido analizar de forma crítica los factores de riesgo, las barreras institucionales y las estrategias de intervención vinculadas a la atención de la depresión posparto desde la perspectiva del Trabajo Social. Gracias al enfoque cualitativo, ha sido posible recoger tanto la voz de las madres como la experiencia profesional de trabajadoras sociales y otros agentes del sistema, lo que ha facilitado una comprensión profunda y contextualizada de los desafíos actuales. Esta mirada ha revelado importantes vacíos en la respuesta institucional, pero también oportunidades para fortalecer el papel del Trabajo Social en la detección, el acompañamiento y la prevención del suicidio materno.

Uno de los principales hallazgos obtenidos está vinculado con la persistente invisibilidad de la depresión posparto dentro del sistema público de salud. A pesar de su elevada prevalencia y de su impacto en la salud global de las mujeres, esta problemática continúa siendo infrarrepresentada en los planes de salud mental, como señalan estudios como Estalayo (2014), Hahn-Holbrook et al. (2018), González-González et al. (2019) o Prades-Caballero et al. (2024). Esta falta de reconocimiento institucional se traduce en una atención fragmentada y centrada casi exclusivamente en el bienestar físico del recién nacido, obviando el sufrimiento psicológico de la madre. Aunque en el contexto valenciano, el Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027, reconoce la importancia de un modelo de atención comunitaria e integrada, así como la necesidad de abordar el suicidio desde una perspectiva multisectorial, la salud mental perinatal aún no aparece

claramente definida como una prioridad específica dentro de sus líneas estratégicas. Asimismo, el anteproyecto del Plan de Prevención del Suicidio presentado por la Generalitat Valenciana en 2025 representa una oportunidad para incluir a las mujeres en período perinatal como colectivo de riesgo, y para posicionar al Trabajo Social como un agente central en la prevención, detección y acompañamiento.

De manera paralela, los resultados obtenidos apuntan a un predominio del modelo biomédico, que tiende a simplificar la complejidad del fenómeno y a responder con tratamientos farmacológicos descontextualizados (Olza *et al.*, 2021; Duberstein *et al.*, 2021). Tal como han expuesto Wade y Halligan (2017), este enfoque tiende a reducir las causas del malestar a aspectos individuales, dejando al margen factores estructurales y sociales que son fundamentales. El Trabajo Social, en este sentido, se presenta como una disciplina clave para transitar hacia un modelo biopsicosocial que contemple las interacciones entre la dimensión emocional, relacional y estructural (Horevitz y Manoleas, 2013).

Asimismo, la carencia de recursos especializados ha sido señalada por las participantes como una barrera crítica. La escasez de personal formado en salud mental perinatal, la falta de programas específicos y la ausencia de dispositivos accesibles agravan la sensación de desprotección. Este hallazgo coincide con las advertencias de Howard y Khalifeh (2020) o Deichen (2022), quienes ya subrayaban la urgencia de establecer dispositivos integrados que aborden la salud mental materna desde una perspectiva interdisciplinar.

Desde el plano profesional, las trabajadoras sociales entrevistadas evidencian la infrarrepresentación del Trabajo Social en los equipos de atención sociosanitaria. Esta situación, también identificada en estudios como el de Beddoe (2013) o Zerden *et al.* (2019), limita su capacidad de incidencia y su participación en la elaboración de estrategias de prevención. La progresiva desvalorización institucional del Trabajo Social pone en riesgo su potencial transformador, especialmente en áreas donde lo emocional, lo relacional y lo comunitario resultan determinantes.

Pese a estas barreras, los resultados también permiten identificar estrategias efectivas para la prevención del suicidio materno, muchas de las cuales están directamente vinculadas con la intervención del Trabajo Social. Entre ellas destacan el seguimiento posparto continuado, el apoyo psicosocial personalizado y la educación del entorno familiar. Estas estrategias permiten generar una red de apoyo integral que, según Shorey *et al.* (2018) y Saharoy *et al.* (2023) es clave para reducir la cronificación del malestar emocional y promover procesos de recuperación sostenibles.

Por otro lado, se han evidenciado desigualdades estructurales que afectan especialmente a mujeres en contextos de vulnerabilidad socioeconómica. Tal como destacan Lund *et al.* (2018), la escasa inversión pública y la precarización de los servicios dificultan la implementación de estrategias eficaces. En línea con estudios como los de Levesque *et al.* (2013), esta investigación subraya que, aunque la cobertura pública pretende amortiguar en parte las barreras económicas, persisten otras relacionadas con la burocracia, la distancia geográfica a los recursos y la rigidez de los circuitos asistenciales.

Además, el estigma asociado a la maternidad no normativa se presenta como un obstáculo transversal que inhibe la solicitud de ayuda. Las madres relatan sentirse juzgadas, incomprendidas o incluso deslegitimadas en su malestar. Esto coincide con lo planteado por Darvill *et al.*

(2010) y Smorti *et al.* (2019), quienes alertan sobre los efectos deshumanizantes del estigma en los contextos clínicos. El Trabajo Social, al promover una mirada crítica y centrada en los derechos, tiene un papel clave en la construcción de espacios de atención libres de prejuicios y emocionalmente seguros.

Esta investigación refuerza la idea de que el Trabajo Social no debe limitarse a un rol gestor de recursos, sino que debe ser reconocido como una disciplina de base relacional, política y comunitaria, capaz de incidir en las condiciones estructurales que sostienen el sufrimiento de las mujeres. Coincidiendo con Yamada *et al.* (2019), los resultados subrayan la necesidad urgente de potenciar la presencia del Trabajo Social en el ámbito sociosanitario, así como de aumentar la investigación sobre salud mental perinatal desde una perspectiva social y feminista.

5. CONCLUSIONES

La investigación ha permitido identificar barreras determinantes en la atención a la salud mental perinatal y en la prevención del suicidio materno, situando al Trabajo Social como una disciplina clave para abordarlas. En el plano estructural, persiste la escasa inversión en recursos especializados y la falta de dispositivos accesibles que ofrezcan atención integral. En el plano social, el estigma hacia la maternidad no normativa y la ausencia de redes comunitarias sólidas siguen limitando la búsqueda de ayuda. A nivel profesional, destaca la insuficiente presencia de trabajadoras sociales en equipos sociosanitarios y la carencia de formación específica en salud mental perinatal, mientras que el predominio del modelo biomédico desplaza a un segundo plano los factores emocionales, relacionales y comunitarios que son esenciales para una intervención eficaz.

En este contexto, el Trabajo Social debe posicionarse como motor de cambio en la configuración de políticas públicas y estrategias de intervención. Su capacidad para articular lo individual con lo colectivo, integrar la perspectiva de derechos y garantizar la participación activa de las mujeres y sus familias, le confiere un papel estratégico en la construcción de respuestas más humanas, inclusivas y contextualizadas. Los resultados evidencian que las políticas actuales rara vez incorporan de forma sistemática la voz de las mujeres afectadas o el criterio profesional de las trabajadoras sociales, lo que limita el alcance y la pertinencia de las intervenciones.

La transformación que se propone implica un doble cambio: estructural y metodológico. Por una parte estructural, porque es imprescindible que las políticas públicas desarrollen diagnósticos sociales y contemplen la interseccionalidad de los determinantes de la salud mental materna, con una inversión acorde a la magnitud del problema. Por otra un cambio metodológico, porque se requiere reforzar la formación especializada de los equipos, flexibilizar los servicios e incorporar estrategias preventivas como el seguimiento posparto continuado, el apoyo psicosocial personalizado y la educación del entorno familiar. Todas ellas deben desarrollarse bajo el liderazgo o la participación activa del Trabajo Social, dada su experiencia en el trabajo en red, la mediación comunitaria y la coordinación interinstitucional.

El futuro de la atención a la salud mental perinatal y la prevención del suicidio materno pasan por reconocer y potenciar el papel del Trabajo Social como disciplina que no solo provee recursos, sino que actúa como agente de transformación social. Esto implica situar su práctica en el centro de los equipos multidisciplinares, garantizando que la atención esté guiada por principios de

equidad, justicia social y respeto a la diversidad de experiencias maternas. De este modo, puede ser posible la consolidación de una red de atención sociosanitaria sólida, diversa y accesible que responda de forma integral a las necesidades de las mujeres y sus familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antúñez, M., Martín, N., Casilari, J. C., y Mérida, F. J. (2022). «Depresión posparto: análisis de los factores de riesgo y la intervención de Enfermería». *Enfermería Cuidándote*, 5(3), 19-29. <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>
- Banks, S. (2012). *Ethics and Values in Social Work*, 4th edition, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Beddoe, L. (2013). «Health social work: Professional identity and knowledge». *Qualitative social work*, 12(1), 24-40. <https://doi.org/10.1177/1473325011415455>
- Caparrós-González, R. A., y Rodríguez, M. D. L. F. (2020). «Depresión posparto paterna: visibilidad e influencia en la salud infantil». *Clínica y Salud*, 31(3), 161-163. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a10>
- Darvill, R., Skirton, H. y Farrand, P. (2010). «Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition». *Midwifery*, 26, 3. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.006
- Deichen, M. E. (2022). «Reinvigorating social work's focus on perinatal health». *International Journal of Social Work Values and Ethics*, 19(1), 102-120. <https://doi.org/10.55521/10-019-111>
- DeJonckheere, M., y Vaughn, L. M. (2019). «Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour». *Family medicine and community health*, 7(2), e000057. Doi:10.1136/fmch-2018-000057
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., y Varela-Ruiz, M. (2013). «La entrevista, recurso flexible y dinámico». *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.
- Duberstein, Z. T., Brunner, J., Panisch, L. S., Bandyopadhyay, S., Irvine, C., Macri, J. A., Pressman, E., Thornburg, L.L., Poleshuck, E., Bell, K., Best, M., Barrett, E., Miller, R.K. y O'Connor, T. G. (2021). «The biopsychosocial model and perinatal health care: determinants of perinatal care in a community sample». *Frontiers in psychiatry*, 12, 746803. doi: 10.3389/fpsyt.2021.746803
- Erlingsson, C., y Brysiewicz, P. (2017). «A hands-on guide to doing content analysis». *African journal of emergency medicine*, 7(3), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>
- Estalayo, L. M. (2014). «La invisibilidad del Trabajo Social como profesión sanitaria». *Trabajo Social Hoy*, 71, 63-72. doi: 10.12960/TSH.2014.0003.

- Fernández de Castro, P. y Díaz-Herráiz, E. (2021). «Necesidades sociales básicas: categorías referenciales para el diagnóstico social». *Trabajo Social Global - Global Social Work*, 11, 105-134. <https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v11.15249>
- Jiménez-Bertomeu, V. M. G. (2014). «Cuestiones éticas en la investigación en Trabajo Social y estrategias para una investigación éticamente responsable/Ethical issues in social work research and strategies for an ethically responsible research». *Azarbe*, (3), 187-195.
- González-González, A., Casado-Méndez, P. R., Molero-Segreña, M., Santos-Fonseca, R. S. y López-Sánchez, I. (2019). «Associated factors for postpartum depression». *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6), 770-779.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., y Anaya, I. (2018). «Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries». *Frontiers in psychiatry*, 8, 248. Doi: 10.3389/fpsyt.2017.00248
- Herzog, B. (2006). «Entender crimen y justicia. Métodos y técnicas de investigación social cualitativa en criminología». Tirant lo Blanch.
- Horevitz, E. y Manoleas, P. (2013). «Professional Competencies and Training Needs of Professional Social Workers in Integrated Behavioral Health in Primary Care». *Social Work in Health Care*, 52(8), 752-787. <https://doi.org/10.1080/00981389.2013.791362>
- Howard, L. M., y Khalifeh, H. (2020). «Perinatal mental health: a review of progress and challenges». *World psychiatry*, 19(3), 313-327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
- Laumann, K. (2020). «Criteria for qualitative methods in human reliability analysis». *Reliability engineering & system safety*, 194, 106198. <https://doi.org/10.1016/j.res.2018.07.001>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., y Russell, G. (2013). «Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations». *International journal for equity in health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V. y Saxena, S. (2018). «Social determinants of mental disorders and the sustainable development goals: A systematic review of reviews». *Lancet Psychiatry*, 5, 357-369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- Martínez-Vázquez, S., Peinado-Molina, R. A., Hernández-Martínez, A., y Martínez-Galiano, J. M. (2025). «Prevalence and associated factors of perinatal suicide risk in spanish women». *Archives of suicide research*, 29(2), 361-376.
- Miller, D. P., Bazzi, A. R., Allen, H. L., Martinson, M. L., Salas-Wright, C. P., Jantz, K., Crevi, K. y Rosenbloom, D. L. (2017). «A social work approach to policy: Implications for po-

- pulation health». *American journal of public health*, 107(S3), S243-S249. Doi: 10.2105/AJPH.2017.304003.
- Olza, I., Fernández-Lorenzo, P., González-Uriarte, A., Herrero-Azorín, F., Carmona- Cañabate, S., Gil-Sánchez, A., Amado-Gómez, E. y Dip, M. E. (2021). «An ecosystemic model for comprehensive perinatal mental health care». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 23-35. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., y Hoagwood, K. (2015). «Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research». *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 42(5), 533-544. Doi: 10.1007/s10488-013-0528-y.
- Prades-Caballero, V., Navarro-Pérez, J. J., y Carbonell, A. (2024). «La prevención, intervención y posvención de la conducta suicida: Una mirada desde el Trabajo Social». *Cuadernos de Trabajo Social*, 37(1), 127-141. <https://doi.org/10.5209/cuts.92021>
- Reid, H.E., Edge, D., Pratt, D. y Wittkowski, A. (2024). «Working with suicidal mothers during the perinatal period: a reflexive thematic analysis study with mental health professionals». *BMC Psychiatry* 24, 106. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05537-1>
- Rodríguez-González, A. M. (2018). «La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a». *Trabajo Social Hoy*, 85, 7-26. doi:10.12960/TSH.2018.0013
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Motrico, E., Miguez, C., Chaves, C., Suso-Ribera, C., Duque, A., Salinas, M. G., Caparrós-González, R. A., Martín-Agudiez, N., Kovacheva, K., García-López, H. S., Vazquez-Batan, P., Peñacoba, C., y Osma, J. (2023). «Perinatal Depression in the Spanish Context: Consensus Report from the General Council of Psychology of Spain». *Clínica y Salud*, 34(2), 51-63. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a15>
- Saharoy, R., Potdukhe, A., Wanjari, M. y Taksande, A. B. (2023). «Postpartum depression and maternal care: exploring the complex effects on mothers and infants». *Cureus*, 15(7). DOI: 10.7759/cureus.41381
- Sánchez-Tapia, F. R., Ostolaza-Vite, A. R., Peña-López, E. A., Ruiz-Grosso, P. J., y Vega-Dienstmaier, J. M. (2017). «Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año posparto». *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(3), 172-180.
- Santiago-Warner, S. (2024). «The integration of the resolved through sharing perinatal bereavement follow-up model with Latinx cultural values: A case illustration». *Clinical Social Work Journal*, 52(1), 12-22. <https://doi.org/10.1007/s10615-023-00873-3>
- Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Lau, Y., Dennis, C. L. y Chan, Y. H. (2019). «Evaluation of a technology-based peer-support intervention program for preventing postnatal depression

(part 1): randomized controlled trial». *Journal of Medical Internet Research*, 21(8), e12410. Doi: 10.2196/12410

Smorti, M., Ponti, L., y Pancetti, F. (2019). «A comprehensive analysis of post-partum depression risk factors: The role of socio-demographic, individual, relational, and delivery characteristics». *Frontiers in public health*, 7, 295. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00295>

Vives, T., y Hamui, L. (2021). «La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos. Investigación en educación médica», 10(40), 97-104. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.40.21367>

Xu, J. B. (2024). *Conducting Semi-Structured Interviews in Social Service Research: A Practical Guide*. National University of Singapore Social Service Research Centre

Yörük, S., Açıkgoz, A., Türkmen, H., y Karlidere, T. (2020). «The prevalence of postpartum depression and the correlation of perceived social support and quality of life with postpartum depression: A longitudinal study». *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 39(4), 327-335.

Wade, D.T. y Halligan, P. W. (2017). «The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come». *Clinical Rehabilitation*. 2017; 31(8), 995-1004. doi:10.1177/0269215517709890

World Health Organization (2014). «Preventing suicide: A global imperative». Geneva: World Health Organization.

— «Suicide. 2024». Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

World Medical Association (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for Medical research involving human subjects*.

Yamada, A. M., Wenzel, S. L., DeBonis, J. A., Fenwick, K. M., y Holguin, M. (2019). «Experiences of Collaborative Behavioral Health-Care Professionals: Implications for Social Work Education and Training». *Journal of Social Work Education*, 55(3), 519-536. <https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1593900>

Zerden, L. D., Lombardi, B. M. y Jones, A. (2019). «Social workers in integrated health care: Improving care throughout the life course». *Social Work in Health Care*, 58(1), 142-149. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1553>