

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

**Dispositivo interdisciplinario de atención en  
salud mental para el abordaje de la etapa  
preconcepcional**

Propuesta de Intervención en el Campo Profesional

**Alumna:** Defays, Malena (D-5246/9)

**Docente responsable:** Oroquieta, Natalia

## Índice

Resumen y palabras clave.....	2
Denominación del proyecto .....	3
Descripción de la comunidad.....	3
Descripción y justificación de la propuesta.....	4
Objetivo general y específico.....	9
Determinación de las acciones que se proponen realizar.....	10
Planificación de objetivos y actividades.....	12
Evaluación general del proyecto.....	13
Referencias bibliográficas.....	14

## **Resumen**

Esta Propuesta de Intervención en el Campo Profesional del/la Psicólogox fue realizada en el marco del Trabajo Integrador Final, correspondiente al último tramo de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. El mismo, posee como propósito la creación y elaboración de un dispositivo interdisciplinario de salud mental para la etapa preconcepcional de los sujetos, abordado desde la psicología clínica y en conjunción con los aportes teóricos de la psicología perinatal, el psicoanálisis, entre otros. El mismo tiene como fin incorporar la importancia de la salud mental, el rol del/la psicólogox y la interdisciplina al campo de la salud reproductiva, específicamente en la etapa preconcepcional, siendo una de las incumbencias del/la psicólogox realizar acciones de orientación y asesoramiento psicológico tendientes a la promoción de la salud y la prevención de sus alteraciones. Para ello se realiza una descripción de la comunidad a la que el dispositivo se dirige y una justificación de la propuesta profundizando en los aportes teóricos de la Psicología en relación a la etapa preconcepcional y sus avatares. Como resultado se propone una intervención posible en salud mental con objetivos específicos, un cronograma, una planificación con actividades acompañadas de un sistema de evaluación con el cual poder abordar la problemática.

**Palabras clave:**

Etapa preconcepcional - Fertilidad - Infertilidad - Rol del/la psicólogox - Interdisciplina

2

**Denominación del proyecto**

El presente proyecto de intervención en el campo profesional denominado *Dispositivo interdisciplinario de atención en salud mental para el abordaje de la etapa preconcepcional* intenta dar cuenta de la importancia del abordaje interdisciplinario y el rol del/la psicólogox en esta etapa vital de los seres humanos, en sintonía y vigencia con la Ley de Salud Mental, así como también su incidencia en la comunidad a la que se dirige.

La propuesta está pensada para ser implementada en instituciones del sistema de salud donde se aborde esta problemática, siendo la interdisciplina su principal herramienta.

Por este motivo, el dispositivo propone que la consulta preconcepcional este compuesta desde el inicio de dos citas simultáneas: una con el/la profesional médicx, y otra con el/la profesional psicólogox. A partir de ahí, los encuentros con el/la psicólogox se dividen en tres etapas: Sesiones iniciales, con modalidad obligatoria donde se lleva adelante la primera entrevista y se esboza la situación de los sujetos que acuden al dispositivo; luego las sesiones de seguimiento y sesiones de cierre, ambas de modalidad sugerida, quedando en el deseo de lxs consultantes y sus posibilidades el hecho de

continuar o no con el espacio psicológico.

Esta iniciativa sería posible desarrollarla en diferentes ámbitos públicos y privados, de nuestra ciudad y provincia (Rosario, Santa Fe), pero ante las restricciones de la pandemia que advino en el año 2020 (COVID-19) fue necesario una reflexión acerca de los diferentes modos de accesibilidad e intervención. Gracias a ello ahora es posible pensar la posibilidad de poder brindar atención tanto de forma presencial como en forma remota (virtual), dando la oportunidad de acceder al dispositivo a personas que de otra forma sería difícil su acceso por la distancia física dependiendo de las condiciones personales y transporte disponible.

### **Descripción de la comunidad**

La propuesta de intervención en el campo profesional está orientada a acompañar en la etapa preconcepcional a las familias que estén atravesando el deseo de tener un hijo o hija, y aparezca como proyecto de vida mediano a corto plazo la concepción de un embarazo. Comunidad muy específica, aunque de gran amplitud social, ya que este deseo se encuentra dentro de los principales proyectos de vida de gran parte de los sujetos de la sociedad.

Cabe aclarar que en esta descripción, el concepto de *familias* se concibe de manera plural y en sentido amplio, ya que existen muchas formas de familias: desde familias monoparentales, integradas por personas viudas o por una sola progenitora o un solo progenitor; ensambladas, que reconocen vínculos procedentes de otras uniones conyugales; tradicionales, formadas por madre, padre, hijo; y homoparentales, uniones entre personas del mismo género, entre otras (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina, 2021).

Durante años se nos impuso un ideal, que hoy es posible revisar: lo que antes era *una familia tipo*, ahora es *un tipo de familia*, uno entre muchos. Por lo tanto, esta comunidad incluye a todas las personas que estén atravesando el deseo de agrandar su familia con la concepción de un/x hijx.

Un dato importante para la descripción de la comunidad a la que se dirige el dispositivo es que este se centra en un período específico de la vida reproductiva de los sujetos, la etapa preconcepcional, la cual hace referencia a la etapa previa a la concepción de un embarazo, desde que aparece el deseo hasta que el mismo se concreta. De esta manera, el principal interés de esta propuesta es interrogar sobre la

3

concientización y perpetuación de la importancia del rol del/la psicólogox y el trabajo interdisciplinario en esta etapa tan importante de la vida reproductiva de los sujetos. Lxs psicologxs Urdapilleta y Fernandez (2000) en su texto *Aspectos psicológicos de la infertilidad*, describen que, durante este período de la vida, los sujetos atraviesan diferentes estados. Es un sube y baja emocional formado por ciclos de esperanza y ciclos de desilusión, frustración y dolor. Ya que cuando esta etapa se prolonga, la situación parece eclipsar todos los aspectos de la vida. Los casos en que este proceso comienza a demorar, puede abarcar meses o en algunos casos años, empezando a surgir los diagnósticos de infertilidad o subfertilidad donde las personas implicadas comienzan a vivenciar de manera más acentuada dificultades emocionales, que varían desde leves sentimientos de frustración, hasta altos grados de estrés, ansiedad o depresión, lo cual influye directamente en la salud mental de las personas, así como también en la concepción misma.

Realizar este recorte poblacional permite atender a la comunidad que nos

dirigimos de forma más adecuada a sus necesidades, ya que la etapa preconcepcional y lo que sucede en los sujetos que lo atraviesan, se encuentra muchas veces invisibilizada por las otras etapas que rodean al nacimiento, como el embarazo en sí mismo, o el posparto y puerperio, y por ende queda postergado desde las diferentes disciplinas que lo abordan, como por ejemplo la Psicología Perinatal, siendo según Sánchez (2013) la misma la rama de la psicología que abarca los procesos por los que pasa el ser humano en relación al nacimiento. Por lo tanto, esta etapa pertenece a su alcance y forma parte de su bagaje teórico, pero al llegar a la práctica, es frecuente ver que los profesionales de psicología perinatal se ocupan mayormente de las etapas que van desde donde ya existe un embarazo, hasta los primeros meses de vida del bebé. Es por esto que resulta necesario interrogarse sobre la importancia de abarcar este proceso desde una mirada amplia, compleja, que contemple de manera integrada todas las aristas de la situación, desde un discurso que aloje y ponga en tensión los aspectos biológicos, los psicológicos, emocionales, vinculares y sociales de los sujetos.

### **Descripción y justificación de la propuesta**

Entre los principales tópicos que se consideran necesarios para poder justificar la propuesta de intervención se encuentran: la psicología perinatal, la etapa preconcepcional, los procesos de fertilidad - infertilidad, el rol del/la psicólogo/x perinatal, el trabajo interdisciplinario y el dispositivo como herramienta de intervención.

La Psicología Perinatal es un área que aborda los aspectos psicológicos y emocionales que atraviesan los sujetos durante todo el proceso que rodea al nacimiento de un/x hijx. Su rol se focaliza en la promoción de la salud mental, prevención, cuidado, acompañamiento y diagnóstico de las familias en lo relativo a la concepción, embarazo, parto y puerperio, así como también tiene en cuenta los procesos de fertilidad y adopción y el acompañamiento en la crianza hasta aproximadamente los tres años (Sánchez, 2013). Es un área de la psicología, que aporta conocimientos y adecuadas herramientas para ayudar a las familias, en los diversos procesos de crecimiento involucrados en todo aquello que rodea (peri) el suceso del nacimiento (natal) tanto de lxs hijxs y como de lxs progenitorxs (Echeverría, 2019).

La licenciada Echeverría (2019), en *Nacer y acompañar*, describe que el campo de las aplicaciones clínicas de la psicología perinatal, se dividen en tres grandes áreas: antes, durante y después del nacimiento. Esta propuesta de intervención se focaliza específicamente en ese *antes*, momento en el que, en palabras de la misma autora:

Surge el deseo de tener un hijo y, con él, no todos, pero algunos padres

4

sienten inseguridades; brotan ansiedades, incertidumbres, miedos; a veces, se encuentran con fenómenos de infertilidad; se necesitan estudios médicos, análisis clínicos, y son percibidos por la madre y/o padre como una amenaza o invasión a su cuerpo. En esta etapa, el trabajo hace foco en la pareja y sus estrategias de afrontamiento -individuales y conjuntas- antes los hechos significados como traumáticos (Echeverría, 2019, p. 410).

Se puede decir que, desde que el deseo de hijx se manifiesta, esta área de la psicología está allí presente y dispuesta a acompañar, contener y colaborar con la nueva familia, o al menos así se lo propone en teoría. Es por eso que la propuesta cobra sentido, como un intento de llevarlo a la práctica, trabajando en este momento

preconcepcional, el cual se considera el intervalo de tiempo previo a que se dé la concepción. Es un proceso, donde el embarazo en algunos casos puede demorar meses e incluso años en llegar, dando lugar a los diagnósticos considerados como infertilidad, la cual es considerada por la Organización Mundial de la Salud (2020) como la imposibilidad de lograr un embarazo a partir de 12 meses de relaciones sexuales habituales sin protección, y en su definición agrega que la misma tiene importantes repercusiones negativas en la vida de los sujetos que lo padecen, como estigmatización social, estrés emocional, depresión, ansiedad y baja autoestima.

Por otra parte, si observamos los procesos de fertilidad-infertilidad, encontramos que la etimología de la palabra infertilidad, hace referencia al hecho de que no (in) puede reproducirse (fértil). Por lo tanto, es posible pensar que, más allá de lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud, la infertilidad es todo aquel tiempo en que la pareja quiere concebir un embarazo y este no llega. Es por este motivo que, como se describe más arriba, desde que el deseo de maternidad/paternidad se instala, los sujetos pueden pensar en la preconcepción y en un acompañamiento en relación a esta etapa, sin considerar aún la infertilidad como un problema.

Es así como diferentes autorxs han indagado en considerar los casos de infertilidad o subfertilidad, no desde una reducción biologicista, sino como un devenir complejo con diferentes aristas, donde lo emocional juega un papel fundamental.

Continuando con esta idea, Oliva Bello y Batista (2019) afirman que “La infertilidad no es solo una condición biológica, sino también, una experiencia subjetiva de naturaleza simbólica y emocional, tanto en el plano individual como colectivo.” (p. 99).

Creo importante recalcar que para entender qué significa este proceso para quienes lo están transitando, es necesario ir más allá de las definiciones y clasificaciones médicas y considerarla como la imposibilidad de llevar adelante el proyecto de vida de armar o agrandar la familia. Para las parejas que conviven con esta dificultad cotidianamente, la infertilidad es sinónimo de dolor psíquico. El cuerpo orgánico es importante, pero no es lo único afectado por la infertilidad: con frecuencia conlleva estigmas y prejuicios, que generan enojo, frustración, y angustia. Es en este sentido es que definiendo la idea de no dejar todas las respuestas de los procesos de fertilidad - infertilidad en una reducción biologicista, ya que el camino a la maternidad/paternidad es un devenir complejo donde el deseo es la principal brújula.

Pero ¿Qué ocurre cuando el deseo no alcanza?, crecemos escuchando cómo evitar un embarazo no deseado. Durante años, la (des)información llevó a creer que la otra cara de esta situación era un embarazo espontáneo e inmediato ¿Qué ocurre cuando esto no sucede, cuando el embarazo se desea y no llega? En ocasiones, aceptar que la concepción de hijxs eventualmente requerirá un tratamiento de fertilidad, se torna algo difícil: hay que duelar el modo en que soñamos (e idealizamos) su llegada. Aparecen las opiniones y recomendaciones que no se pidieron. Lo que para otras personas es fácil, se vuelve difícil y doloroso. Se buscan garantías que no se pueden brindar.

Esther Vivas (2019), en su libro *Mamá desobediente* cuenta su propia experiencia de cómo llegó a su embarazo, el cual fue un proceso que duró cinco años hasta que por

5

fin se concretó. En sus propias palabras:

Pasó un año y otro y otro. Y más allá de mi vida activa de siempre tenía otra vida, una vida secreta, la de intentar quedarme embarazada, una vida que no compartía más que con mi pareja, porque no queríamos oír eso de que «es cuestión de paciencia», «tienes que estar tranquila», «todo es psicológico» y un largo etcétera. Demasiados son aún los tópicos sobre la infertilidad. No

está nada normalizado hablar al respecto —aunque cada vez hay más personas y parejas que la sufren— y aún menos hacerlo sin culpabilizar a la mujer (Vivas, 2019, p.12).

La fertilidad es algo que los sujetos asumen sin cuestionar y suponen que pueden controlar, que la concepción se dará naturalmente, en los tiempos deseados y sin esfuerzo. Cuando llega el momento de la búsqueda y esto no sucede, las personas implicadas comienzan a decepcionarse y los ánimos empiezan a decaer.

En relación a esto, la autora Vivas, y continuando con su experiencia, declara que:

No fue un camino fácil. Cuando empezamos a intentarlo pensaba que me quedaría embarazada de un día para otro. Tantos años vigilando que no se rompiera el preservativo, que quedara bien puesto, que no resbalara... que pensé que sería sacarlo y trabajo hecho. No fue así (Vivas, 2019, p.12.).

Desear un embarazo y que este no llegue es causa de tristeza, desesperación, ansiedad, miedo, angustia, estrés, entre otros sentimientos. Es una situación que en la mayoría de los casos se vive en silencio y soledad, considerándose una crisis vital porque cuando la situación que desencadena provoca una crisis y produce una alteración del equilibrio emocional de una persona, que puede desencadenarse por el fracaso en la resolución tradicional de una situación, generando desorganización, desesperanza, tristeza, ansiedad y confusión (Veiga, Puccio y Tamburelli, 2013). Al respecto y teniendo en cuenta dicha descripción, no hay dudas que el impacto, que tiene sobre la subjetividad la imposibilidad de procrear, posee la connotación de una crisis vital.

Según Echeverría (2013), el/la psicólogx perinatal debe intervenir allí donde el entramado discursivo se haya roto y/o debilitado, poner el cuerpo, facilitar la comunicación, co-construir un espacio en donde poder habitar lo a veces inhabitable, innombrable, incomunicable.

La complejidad del deseo es que el sujeto no puede simplemente expresarlo en palabras, pero es el lenguaje el que le hace un lugar. No lo podemos articular a voluntad, en el hablar está articulado de una forma que no lo percibimos. Ese deseo es el que habilita, que aloja y el que va a hacer posible acoger el ser madre o padre, así como también, en un estado posterior hará del recién nacido un sujeto, ya que sabemos que no solo los cuidados higiénicos y alimentarios nos mantienen con vida, allí tiene que haber alguien que esté dispuesto a desear, a donar su amor.

En consideración con lo antedicho, el rol del/la psicólogx perinatal es sostener, poner palabras a las emociones, aún a las más primitivas, poder transformar esas emociones en palabras, sostener y cuidar tanto a la madre y su familia, así como también a los profesionales de la salud involucrados.

Desde esta perspectiva es posible pensar que como profesionales de la salud mental y mediante el vínculo paciente-psicólogx, es posible generar ese lugar que aloje para poder empezar a encauzar la palabra y así poder trabajar cuestiones en relación al proceso salud/fertilidad-infertilidad/atención.

El modo de intervención del/la psicólogx perinatal permite pensarse de forma interdisciplinaria. Esto quiere decir que es posible pensar su rol en el entramado con otras disciplinas y roles que intervienen en este periodo.

La licenciada Echeverría (2019), en el libro *Nacer y Acompañar* lo describe de la

6

siguiente manera:

El trabajo del psicólogo perinatal no queda aislado dentro de su consultorio.

Trabaja comunicándose con el pediatra, el obstetra, la obstetricia, el ginecólogo, el neonatólogo, los enfermeros, la familia y demás personas involucradas en la situación en que interviene, según el caso (...) Esto es posible en el consultorio, y no solo allí: también en visitas domiciliarias, en salas de internación, en terapia intensiva neonatal y en donde la intervención sea requerida (Echeverría, 2019, p. 409-410).

Cuando un profesional se desarrolla en el sistema de salud está atravesado, en mayor o menor medida, por un discurso dominante, el discurso médico hegemónico, el cual se encuentra posicionado en un lugar de saber que en parte silencia al sujeto, su discurso no es escuchado, su saber no es tenido en cuenta, y lo excluido siempre retorna de alguna u otra manera. El/la profesional psicologx se posiciona desde otro lugar, corriéndose de ese lugar de saber, restituyendo así al sujetx su palabra, su saber y por tanto su verdad. Aquí radica la importancia del abordaje a partir de un equipo interdisciplinario, donde cada profesional aporta desde su formación, desde su rol, con una estrategia de trabajo que responda a un objetivo en común.

Por su parte, la interdisciplina como modo de trabajo favorece a la integración y producción de conocimientos nuevos, enriquecimiento mutuo, cooperación y circularidad entre las diferentes disciplinas. Esto no quiere decir borrar la especificidad de cada disciplina, más bien, apunta a que cada uno sea experto en su área y mantenga su identidad, pero no independiente.

Es necesario abordar situaciones cotidianas desde toda su complejidad, construir un diálogo simétrico donde el intercambio de saberes sea el eje del vínculo entre todos los actores profesionales y donde se incluya además a los integrantes del colectivo social (Cardella y Yedaide, 2016).

Según lo propuesto por Alicia Stolkiner (1999) en *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas* ella plantea:

El cómo se desarrolla lo interdisciplinario es un debate fundamental, e incluye el nivel de análisis siguiente: un nivel referente a lo subjetivo y lo grupal: las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Resulta necesario resaltar lo obvio: un equipo interdisciplinario es un grupo. Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente. En lo individual, la participación en un equipo de esta índole, implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. Reconocer su incompleta (Stolkiner, 1999, p.4).

Aquí podemos observar la relevancia de tener varias miradas, en espacios bien preparados, desde distintos paradigmas, con diferentes profesionales. A su vez, hay un momento en que la especificidad es importante y necesaria. Siguiendo a Cohen y Natella (1995) en su texto *Trabajar en salud mental*, hay un momento en que la especificidad es importante y necesaria. Cada saber enriquece y permite aumentar el nivel de información y conocimientos del Equipo para que cada integrante tenga la mayor cantidad de recursos para intervenir (Cohen y Natella, 1995).

Además, no hay que confundir trabajo interdisciplinario con el enfoque multidisciplinario, donde se da una simple yuxtaposición de áreas de conocimiento en la cual cada disciplina trabaja sin que haya enriquecimiento o transformaciones, con una visión atomista de la realidad y aislamiento respecto de la demanda social (Elichiry,

2009).

Por su parte, Galende (2006) plantea que a raíz de que la salud mental es un área que aborda un objeto que es en sí mismo complejo, merece ser nombrada como una transdisciplina. No es un agregado a las disciplinas preexistentes sino una reformulación de los saberes de las mismas. De esta manera, la orientación transdisciplinaria sería una etapa superior a la interdisciplina donde se borran las fronteras disciplinarias. Un sistema total que integra distintas disciplinas a través de un marco conceptual común.

En este marco, puede pensarse a los dispositivos de atención de salud mental en la etapa preconcepcional como aquellos dirigidos a abordar la dimensión subjetiva del proceso de salud/fertilidad-infertilidad/atención, donde si bien forman parte los diferentes miembros del equipo de salud, los mismos participan dando su aporte específico y directo de profesionales psicólogos.

Al tratarse de un dispositivo de salud mental para la etapa preconcepcional, estamos hablando de salud reproductiva, y con ello hablamos de salud, pero también de sexualidad con todo lo que eso implica, tanto subjetiva como socialmente: deseos, miedos, tabúes, roles sociales, incertidumbre. En concordancia con esto, Oroquieta (2013) en su texto *Observación de un bebé: ¿Entrevista con la madre? Modelos familiares actuales* expresa:

La sexualidad va más allá de la concepción misma para concebir un niño., hasta el momento, se necesitan células germinativas de un hombre y una mujer, pero para ser padres, lo biológico solo no da cuenta del rol maternal o paternal, o que un niño sea alojado como hijo tan solo por haberlo concebido. La sexualidad abarca lo biológico, lo psíquico y lo social (Oroquieta, 2013, p. 3-4).

Por lo antedicho es que se torna imprescindible que a la hora de trabajar en este ámbito se tenga en cuenta todas estas aristas, ya que cuando no se expresan o se ocultan se traducen en consecuencias tanto psíquicas, físicas, vinculares, sociales, etc., es decir, el sujeto se hace escuchar siempre.

En este sentido, un psicólogo puede escuchar no solo aquello que responde a los mandatos del discurso médico, familiar y social, sino también hacer lugar al conflicto que se le plantea al sujeto entre esos mandatos y su deseo y de lo que se trata justamente es de hacer lugar a esa conflictiva, tanto en las consultas como en las estrategias de prevención y promoción de la salud, en materia de salud reproductiva y específicamente, en la etapa preconcepcional.

Hablar de dispositivos implica, según Foucault (1985), distintos niveles de problematización. El dispositivo es una red, y lo que trata de situar bajo ese nombre es, en primer lugar, un conjunto heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; por lo tanto, los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no-dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos, es la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos, y nos remite a pensar la red como un sostén.

Una red es también, lo que, por ejemplo, los equilibristas y acróbatas colocan debajo de sus elementos para protegerse de las caídas cuando están en el aire. Desde este lugar es que el dispositivo para sujetos en etapa preconcepcional se propone ser esa red que acompaña el recorrido desde el inicio hasta llegar al objetivo, cuidando y protegiendo a las personas de que, si llegan a tener algún tropezón en el camino, este dispositivo los pueda contener y sostener para que la 'caída' no se viva de manera trágica y produzca el menor daño posible.

Etimológicamente, dispositivo es lo que dispone y lo sé que pone a disposición. Es pensar un espacio que se convierte en receptor y productor de lo complejo. El

8

dispositivo responde a urgencias y demandas en el medio en el que se sitúa. Un dispositivo hace su aparición allí donde se anuncia una necesidad, y en ese mismo acto la enuncia, la visibiliza (Real Academia Española, s.f).

Continuando con esta lógica, otro concepto que es necesario mencionar al hablar de dispositivos de salud mental es el de accesibilidad. Yamila Comes (2000) en el texto *Accesibilidad una revisión conceptual*, recupera la definición de la autora Alicia Stolkiner quien la menciona como: "Vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de la combinatoria y las condiciones y representaciones de los sujetos. Y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios" (Comes, 2000. p.5). Cuando se pone de relieve la dimensión subjetiva, tomando en consideración su historia, eso también da lugar a la accesibilidad simbólica o cultural, la cual habilita a los hábitos y prácticas con los que los sujetos cuentan, ya que el universo simbólico del sujeto expresa una forma de subjetividad.

Otro de los objetivos de la presente fundamentación es lograr que el dispositivo interdisciplinario de atención en salud mental para la etapa preconcepcional cobre relevancia bajo el concepto de buenas prácticas en salud desde el cual se buscan sistematizar experiencias exitosas que puedan ser aplicables y transferibles a otras realidades. Por su parte, Burijovich (2011), se considera una buena práctica aquella que es previamente inexistente y aporta un elemento novedoso (innovador) al escenario de actuación, promueve una transformación real propiciando cambios positivos en las personas, instituciones y contextos, posibilitando la creación de nuevos espacios institucionales y simbólicos, y demostrando un empleo efectivo de los mismos. Tiene un efecto multiplicador ya que pueden ser imitados y adaptados en otras localidades, y es sostenible en el tiempo.

De lo que se trata en definitiva es de poder acompañar a los sujetos en la etapa preconcepcional proporcionando así mismo, un alto potencial preventivo y de promoción de la salud reproductiva a nivel de la salud mental.

## **Objetivos**

### **General**

- Diseñar un dispositivo interdisciplinario para el abordaje y acompañamiento de la etapa preconcepcional desde el campo de la psicología, promoviendo la salud mental de la comunidad a la que se dirige el proyecto.

### **Específicos**

- Rastrear las características principales de la etapa preconcepcional y sus avatares para la creación del dispositivo.
- Interrogar sobre la concientización y perpetuación de la importancia del rol del/la

psicólogo y el trabajo interdisciplinario en esta etapa.

- Proporcionar, mediante la creación del dispositivo, una serie de objetivos y acciones que permitan pensar diferentes formas para la prevención y promoción de la salud mental en esta etapa.

9

### **Determinación de las acciones que se proponen realizar**

Antes de dar paso a los aspectos más concretos del dispositivo y su planificación, se considera necesario mencionar que el modelo del dispositivo es flexible, ya que siempre hay un resto que cada profesional lo adapta a su saber, a su experiencia, así como también, al ser un vínculo de dos o más personas, es necesario considerar el caso por caso, contemplando la subjetividad de los sujetos que acuden a la consulta. Pero, aunque este margen de flexibilidad es inevitable y necesario a la vez, se considera significativo tener presentes los objetivos que se proponen en cada caso, así como ir ampliando o modificando los mismos con la experiencia del mismo.

Otro punto importante es que se requiere que lxs profesionales en psicología a cargo estén formadxs en psicología perinatal ya que al ser un/x profesional especializadx en la temática va a poder alojar las diferentes situaciones que se presenten y despejar dudas de manera coherente, así como también no generar confusión entre ese espacio y el de la terapia individual, de pareja o familiar. Así mismo cabe aclarar que este dispositivo se puede entramar con la terapia individual, pero sin reemplazarla, es un acompañamiento a esta etapa de la vida con el fin de abordar ansiedades, miedos, tiempos de espera, y todos los avatares de la salud mental específicos que le son propios.

A continuación, se detallan las acciones correspondientes para el cumplimiento de los objetivos, las actividades y los plazos tentativos de las mismas, además de especificar los recursos materiales y humanos que son necesarios para llevar adelante el dispositivo y sus vicisitudes.

La propuesta inicial del dispositivo es que la consulta preconcepcional sea alojada desde el comienzo por la dupla interdisciplinaria medicx/psicólogo, y no solo por el/la médicx como es lo habitual. Cuando lxs consultantes se contactan con el instituto de salud para realizar la primera consulta, se les explica que la modalidad de atención es interdisciplinaria, por lo cual los primeros encuentros son con ambos profesionales, con el/la medicx y también con el/la psicólogo. En otras palabras, las primeras consultas contarán con dos módulos, uno con cada profesional. En el caso de estar de acuerdo se genera entonces una doble cita. Las primeras 2 sesiones con el/la psicólogo tendrán carácter de obligatoriedad, pudiendo después elegir si seguir o no con las sesiones posteriores.

Las sesiones con el equipo de psicología se dividen en diferentes modalidades: Primeros encuentros; sesiones de seguimiento; y sesiones de cierre. Los primeros encuentros funcionaran como primera entrevista, empezando por el contacto social para conocer cómo está constituida esa familia, cómo es el tipo de vínculo, la forma de comunicación, qué lugar ocupa ese deseo de embarazo, de maternidad/paternidad en su discurso, así como también dejar en claro el encuadre, frecuencia de los encuentros, finalidad, duración, etc. La importancia de que estos primeros encuentros sean de modalidad obligatoria radica en poder abarcar la problemática desde su complejidad, ya que, como ya mencionamos en otros apartados, la concreción del embarazo se considera un fenómeno multicausal. La interdisciplina en esta área, y más específicamente en esta etapa de la vida reproductiva, tiene aún que ganarse su lugar en la conciencia colectiva

de la sociedad. Es por eso que la propuesta del dispositivo es principalmente que la interdisciplina esté desde el comienzo de los encuentros, para que deje de ser una deuda en la práctica profesional. Después de los primeros encuentros, queda en el deseo de lxs consultantes el hecho de continuar o no con el espacio de psicología, es decir que puede existir el caso en que una familia decida continuar sólo con el equipo médico sin el acompañamiento de salud mental, pudiendo pedir una consulta en cualquier momento más adelante.

10

El dispositivo interdisciplinario funcionará regularmente durante todo el año y contará con una franja horaria de mañana y tarde con el fin de brindar una amplia gama de turnos. Los encuentros tendrán una duración máxima de 45 minutos aproximadamente (desde la administración del dispositivo esto debe ser especificado y contemplado a la hora de brindar los turnos). A su vez, de la misma manera que se puede elegir con que medicx acudir a la consulta, del mismo modo lxs consultantes podrán elegir con qué profesional psicologx disponible en el turno que elijan desean tratarse. Es por ello que se sugiere contar como mínimo con cuatro profesionales en el área de psicología, dos para el turno mañana y dos para el turno tarde.

Por otro lado, se considera de suma importancia las reuniones de todo el equipo interdisciplinario para poder evaluar el funcionamiento del dispositivo. Se sugiere que las mismas tengan una frecuencia quincenal, flexible a las necesidades y los momentos que atraviesa el mismo (pueden ser más frecuentes o menos por alguna circunstancia particular).

Dentro de la planificación anual, sería también interesante que el dispositivo pueda pensar y ofrecer diferentes espacios y actividades, como por ejemplo: charlas, talleres o jornadas, con una doble función, la de acompañar de diferentes maneras a la comunidad preconcepcional, y la de visibilizar esta etapa de la vida reproductiva de los sujetos y sus avatares en el territorio que habita y así lograr un mayor lugar en el discurso colectivo de la comunidad para que no sea un tema silenciado, cargado de prejuicios y de fantasmática.

A su vez, debido a la pandemia mundial que aconteció desde el año 2020 hasta principios del 2022 por la propagación del COVID-19, se ha hecho indispensable considerar la posibilidad de acceder al dispositivo también de manera virtual, no solo tomando como ejemplo que durante el encierro total sería la única forma de llevarlo a cabo, sino porque vivimos en una era digital y el aislamiento aceleró el proceso del acceso a la modalidad online que ya devenía de manera inevitable. Es por eso que este tipo de dispositivos, que suelen estar concentrados en grandes urbes, puede ser pensados para llegar también a todos los rincones del país y provincias.

Por lo demás, las condiciones del encuadre terapéutico online son parecidas a las presenciales. El/la profesional psicologx debe ser alguien que disponga de todo el equipo tecnológico para llevar a cabo los encuentros, con un buen manejo de la tecnología y buena calidad de transmisión. Y lxs consultantes por su parte necesitan disponer sobre todo de un espacio privado donde puedan conectarse con intimidad a la videollamada, por supuesto un dispositivo tecnológico para realizarla y buena señal de internet, además de micrófono y cámara, como cuestiones más evidentes.

Por último, en cuanto a la discusión entre lo público y lo privado se puede decir que este proyecto está pensado para ser desarrollado dentro de ambos, ya que el mismo nace de una necesidad que se considera existe en la sociedad y que debería llegar a todos los espacios posibles destinados a lo perinatal. Lo ideal sería que desde el Estado se diseñaran políticas públicas para la visibilización de estas problemáticas donde las

instituciones de salud cuenten con dispositivos interdisciplinarios de este tipo que estén al alcance de toda la sociedad. Pero a su vez los sectores privados como las obras sociales o mutuales también deberían incorporar a sus servicios de salud este tipo de dispositivos en beneficio de la salud mental de sus afiliados. Dicho esto, está en el futuro cómo se logrará la implementación del mismo y de donde se recibirán los fondos necesarios para abastecer los recursos materiales y humanos requeridos teniendo en cuenta las características económicas y culturales del territorio.

**Planificación de objetivos y actividades**

<b>MOMENTO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACCIONES</b>	<b>MODALIDAD</b>	<b>CANTIDAD DE ENCUENTROS</b>	<b>FRECUENCIA</b>
<b>Primeros encuentros</b>	- Llevar adelante la presentación de ambas partes y explicitar cómo es el funcionamiento del dispositivo. - Conocer la especificidad de la situación de esa familia en cuanto a la preconcepción.	- Realizar la primera entrevista, acordar el encuadre y la transacción económica si la hubiera.	Obligatoria	De 1 a 3, tentativo.	Semanal

<b>Sesiones de seguimiento</b>	- Acompañar, contener y abordar la situación problemática desde su complejidad, de manera interdisciplinaria	- Facilitar la escucha, la comunicación entre la familia si lo hubiera, digerir la información, generar un espacio para trabajar la información que es nueva para ellos.	Sugerida	Más de 3	Quincenal o semanal, depende el caso.
<b>Sesiones de cierre</b>	- Devolución y cierre de lo trabajado en ese espacio	- Facilitar la integración de lo desarrollado en los encuentros, despejar dudas.	Sugerida	De 1 a 2, tentativo.	En caso de ser necesarias 2 sesiones, se aconseja una frecuencia semanal.

### Evaluación general del proyecto

La interdisciplina en el sistema de salud es una deuda comprobable en cualquier ámbito de la misma y en la temática reproductiva no es la excepción. Las recomendaciones del Ministerio de Salud (2013) para la etapa preconcepcional son una prueba clara de esto, ya que en ninguna de sus páginas aparece la necesidad de que la misma sea abarcada desde su complejidad, considerando la concepción en su carácter multicausal (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

Este dispositivo tiene como objetivo alojar esta problemática y a su vez poner en acto la interdisciplina como intrínseca al abordaje. Pero en este camino vertiginoso surgen las preguntas: ¿Cómo evaluar el dispositivo en general, los encuentros en particular, el equipo interdisciplinario, los efectos del mismo en la sociedad y las familias o sujetos que asisten? Es entonces cuando el momento de la evaluación del dispositivo se torna

indispensable, para lo cual es necesario que el equipo, planifique y discuta algunas acciones en torno al análisis y seguimiento del mismo para su evaluación.

Es por esto que desde la propuesta se plantea el poder diseñar cuestionarios con preguntas cerradas, abiertas y de opción múltiple para ser administradas de manera operativa a lxs consultantes al finalizar las diferentes etapas del proceso y así poder evaluar el buen funcionamiento del dispositivo. Los mismos se suministrarán luego de las consultas de modalidad obligatoria con el/la psicologx, y durante las sesiones de cierre, en los casos que existan. Además, también se sugiere poner a disposición un espacio, presencial y también virtual por correo electrónico, para acercar sugerencias, recomendaciones, inquietudes y reclamos que podrán ser tenidos en cuenta.

Otro recurso evaluativo pertinente al dispositivo es que las duplas interdisciplinarias puedan llevar a cabo una historia clínica de lxs sujetos o familias con las que trabajan. De esta manera el trabajo interdisciplinario toma mayor relevancia y estabilidad, así como también es importante para evaluar el desenvolvimiento de los sujetos en el dispositivo, poder evaluar las diferentes etapas desde su complejidad.

Por último se considera indispensable (como ya se mencionó en la determinación de la propuesta), las reuniones de todo el equipo interdisciplinar y la supervisión de casos particulares cuando se considere pertinente.

### Referencias bibliográficas

- Buriyovich, J. (2011) *El concepto de buenas prácticas en salud: desde un enfoque prescriptivo a uno comprensivo*. Coloquios de Investigación Cualitativa. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Disponible en: <http://cuidados20.san.gva.es/documents/16554/0/Coloquios+de+Investigaci%C3%B3n+ Cualitativa.pdf>
- Cardella, A. y Yedaide, O. (2016). *La interdisciplina, los DDHH y la salud de todos*. En Actas de VI Congreso de ULAPSI; Buenos Aires. Recuperado de: [www.apdh-argentina.org.ar/](http://www.apdh-argentina.org.ar/)
- Cohen, H. y Natella, G., Coord. (1995). *Trabajar en Salud Mental*. La

- desmanicomialización*. Editorial Lugar.
- Comes, Y., (2000). *Accesibilidad: una revisión conceptual*. Bs. As, Facultad de Psicología. UBA
  - Echeverría, M. L. (2013). *¿Cuál es el rol del psicólogo perinatal?*. Artículo extraído de: [psicologiaperinatal.blogspot.com](http://psicologiaperinatal.blogspot.com)
  - Echeverría, M. L., (2019) Aporte de la clínica perinatal a la calidad de vida. En *Nacer y acompañar*. Editorial Lugar.
  - Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En: *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa*. Editorial Manantial.
  - Foucault, M. (1985) *Saber y Verdad*. Ediciones de la Piqueta.
  - Galende, E. (2006). *Consideración de la subjetividad en salud mental*. Conferencia presentada en Congreso Catalán de Salud Mental. Barcelona, España. – Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (2021). *Guía de información sobre relaciones de familia*. Recuperado en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/afianzar/caj/conoce-y-ejerce-tus-derechos/guia-de-informacion-sobre-relaciones-de-familia>.
  - Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-practica-del-control-preconcepcional-prenatal-y-puerperal>
  - Oliva Bello, K; y Batista, Y. (2019). *Infertilidad femenina y modos de subjetivación: Cuando el YO se percibe fallido*. Revista Integración Académica en Psicología, Volumen 7, número 21, editada por Asociación Latinoamericana para la Formación y Enseñanza de la Psicología.
  - Organización Mundial de la Salud, (2020). *Infertilidad*. Ver: [https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1)
  - Oroquieta, N., (2013). *Observación de un bebé: ¿Entrevista con la madre? Modelos familiares actuales*. Presentado en la Reunión Mensual de la cátedra Estructura Biológica del Sujeto II del 21 de noviembre de 2013 de la Facultad de Psicología UNR, Rosario. Disponible en: <https://www.psicofisiologia.com.ar/>
  - Real Academia Española. (s.f). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 01 de septiembre de 2022 de <https://www.rae.es/>
  - Sánchez, M., Jurado, R., Kovacs, A., Mariscal, B., Orgaz, M., Ramos, M., Rodríguez, M., Sánchez, D. (2013). *Psicología Perinatal: conceptos y actualidad*. En Guía del Psicólogo. N° 336. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado en: <http://www.copmadrid.org>
  - Stolkiner, A. (1999) *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Introducción al debate: algunas reflexiones*. Publicado en el campo Psi. Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires.
- 14
- Urdapilleta, L., Fernandez, D. (2000). Aspectos psicológicos de la infertilidad en *¿Por qué no podemos tener un hijo?*. Atlantida, Bs As.
  - Veiga MC, Puccio MF, Tamburelli V. (2013). *¿Qué relación existe entre estrés, ansiedad e infertilidad?* Disponible en: [http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2013/vol\\_3/revision.pdf](http://www.samer.org.ar/revista/numeros/2013/vol_3/revision.pdf)
  - Vivas, E. (2019). *Mamá desobediente*. Capitán Swing Libros.

