



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

CÁTEDRA TIF

**Propuesta de intervención en el campo profesional
“Espacio Nido: Dispositivo de Primera Escucha Perinatal”**

Alumna: Mingorance Cagrandi, Elisa
DNI: 33122595
Legajo: M- 2538/1
Mail: mingoranceelisa@gmail.com
Docente responsable: Brienza, Lucía

*Rosario, Santa Fe
2025*

| | |
|--|----|
| Agradecimientos | 3 |
| Resumen y palabras clave | 4 |
| Denominación del proyecto | 5 |
| Descripción de la comunidad | 6 |
| Descripción y justificación de la propuesta | 7 |
| - Antecedentes | 8 |
| - Marco normativo y justificación del dispositivo | 9 |
| - Enfoque interdisciplinario y la Ley 26.657 | 10 |
| - Dispositivo de primera escucha como herramienta de intervención situada en la salud mental perinatal | 11 |
| - Psicología Perinatal: una mirada integral | 14 |
| - La maternidad definida como crisis vital | 16 |
| Objetivos | 19 |
| Determinación de la propuesta | 20 |
| - Recursos necesarios | 21 |
| - Planificación de objetivos y actividades | 22 |
| - Evaluación general de la propuesta | 24 |
| Referencias bibliográficas | 25 |

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a la educación pública, a la Universidad Nacional de Rosario y a la Facultad de Psicología por tantos años de formación, crecimiento y aprendizaje.

A mi familia por su apoyo y sostén en cada etapa de este recorrido.

A mis amigas de la vida, de la facultad y a quienes me acompañaron desde el primer día y en este último tramo de la carrera.

A Lala y a Eugenia su acompañamiento, motivación, saberes y libros. Por permitirme habilitarme y por estar.

A Floriana, por brindarme un espacio de escucha respetuoso, cálido y empático y, por ayudarme a jugar a ser psicóloga.

A Lucia, por aceptarme incondicionalmente, cuando me invadían más dudas que certezas.

A Sebastian y al Espacio TIF por este recorrido, por sostener los detalles con paciencia incluso cuando la ansiedad se hizo presente

Principalmente a mi hijo, quien me invitó a maternar y cuestionarme por la salud mental de todas las personas que maternan.

A Nacho, por acompañar siempre, por motivar y bancar esta Eli que soy, transformada por la vida y por la maternidad.

RESUMEN

El presente Trabajo Integrador Final consiste en una Propuesta de Intervención en el Campo Profesional del Psicólogo/a orientado a la creación e implementación de un dispositivo de primera escucha dirigido a personas gestantes y no gestantes, así como sus acompañantes que atraviesen algún proceso perinatal. La propuesta se sitúa en el segundo nivel de atención hospitalaria, alineado con lo establecido en la Ley de Salud Mental Nro. 26.657 y La ley 27611 de “Atención y cuidado Integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia”. El trabajo surge del reconocimiento de una vacancia en las políticas públicas en el área, a pesar de la visibilización social. La creación del dispositivo incluye plazos tentativos, recursos materiales y recursos humanos, siguiendo los objetivos, tareas, acciones a realizar y la evaluación final de la propuesta.

Palabra clave: maternidad - psicología perinatal - dispositivo - primera escucha - salud mental materna

DENOMINACIÓN DEL PROYECTO

El dispositivo “Espacio Nido: Dispositivo de Primera Escucha Perinatal” surge como una propuesta para la creación e implementación de un espacio de primera escucha, orientación y acompañamiento dirigido a quienes estén atravesando experiencias relacionadas a lo perinatal en cualquiera de sus etapas, sean personas gestantes o no gestantes.

La elección del término “nido” responde a su carga simbólica y clínica: remite a un espacio donde algo se gesta, se cuida y se prepara para emerger. No se trata de un lugar físico, sino como un espacio psíquico y emocional donde se habita el deseo, la palabra, la angustia, la espera y la transformación. Así, el “nido” opera como metáfora de acompañamiento subjetivo, proponiendo un espacio cuidado para quien esté en tránsito por la experiencia perinatal.

El principal objetivo es ofrecer atención temprana, cálida y respetuosa, mediante un espacio accesible y sensible de escucha, que aloje las diversas vivencias vinculadas a la maternidad desde una perspectiva integral. Este dispositivo se configura, no desde la patologización, sino desde el acompañamiento de la singularidad, respetando los tiempos psíquicos y vitales de quienes consultan.

DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD

La presente propuesta de intervención se dirige a una comunidad específica: personas gestantes o no gestantes, más allá de su identidad de género, así como a sus acompañantes y redes afectivas, que se encuentren atravesando procesos vinculados a la salud perinatal. Está destinada a quienes reciban su atención en hospitales o establecimientos del segundo nivel de atención, situados en una ciudad al noroeste de la provincia de Buenos Aires.

Desde una mirada psi, que contempla la subjetividad, vínculos y avatares implicados en los procesos vitales, esta propuesta busca generar un espacio de escucha, contención y acompañamiento a quienes están atravesando alguna etapa del proceso perinatal. Se reconoce dicho periodo, que abarca desde el deseo de gestar, la concepción, el parto, el nacimiento, el puerperio, la lactancia y el duelo - como una etapa de crisis vital, que implica transformaciones significativas tanto a nivel biológico, psíquico y vincular por lo cual requiere atención integral, que no se limite a lo médico.

Atender a esta comunidad resulta fundamental dado que está atravesada por múltiples procesos que inciden directamente en la construcción de su subjetividad. Por lo cual, la incorporación a profesionales de la salud mental en las maternidades y salas de atención perinatal resulta especial para ofrecer un espacio de escucha clínica que permita simbolizar lo que acontece, tramitar angustias, acompañar la emergencia de nuevos significantes ya su vez, propiciar redes vinculares a fin de favorecer la construcción de un vínculo temprano saludable.

DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

A pesar de los avances de la visibilización de la salud mental materna, especialmente desde el año 2016 cuando se instauró el “Día Mundial de la Salud Mental Materna”, la temática continúa escasamente abordada en las políticas públicas actuales.

Tradicionalmente, la salud materna ha centrado su atención en los aspectos físicos de la madre y del bebé, dejando en un segundo plano las resonancias emocionales. A pesar de que distintas campañas y movimientos, han promovido la sensibilización de la salud mental materna en la práctica institucional, esta problemática continúa desatendida. Como señala Olza (2021) “El estigma que rodea la enfermedad mental, junto con la misoginia que aún permea la medicina, ha dificultado que las madres busquen y encuentren ayuda eficaz” (p.21). Esta cita pone en evidencia la persistencias de barreras, tanto culturales como estructurales que impiden un abordaje adecuado.

Si bien las leyes - Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley Nacional De Atención Y Cuidado Integral De La Salud Durante El Embarazo Y La Primera Infancia N° 27.611, conocida como Ley de los 1000 días - son legislaciones que promueven una atención integral respecto al cuidado del embarazo, la primera infancia y los procesos perinatales, aún se observa una vacancia en el abordaje específico de la salud mental materna.

La omisión de una mirada integral e interdisciplinaria de la salud mental materna es especialmente preocupante, dado que el periodo perinatal es un momento de profunda transformación. Si estos aspectos no son abordados a tiempo, podrá derivar en padecimientos significativos tanto en la díada madre - hijo, como en el resto de la familia. Por ello, resulta urgente desarrollar dispositivos de intervención temprana, como el que aquí se propone: un espacio de primera escucha conformado por duplas interdisciplinarias.

Este dispositivo está dirigido a personas gestantes y a sus referentes afectivos cercanos. Su objetivo principal es ofrecer un espacio accesible, confidencial, donde los consultantes puedan expresar sus vivencias y poner en palabras lo que atraviesan, posibilitando el acompañamiento y la detección temprana de padecimientos subjetivos.

No se trata de un espacio de escucha pasiva, sino activa, que habilite intervenciones terapéuticas, así como también derivaciones u otras acciones complementarias. De este modo, el dispositivo se presenta como una herramienta fundamental, integrando los aspectos sanitarios, emocionales y psicológicos, desde una mirada interdisciplinaria, sin reemplazar los cuidados convencionales.

Para su implementación, se prevé un equipo interdisciplinario compuesto por profesionales del área de ginecología- obstetricia y del área de salud mental, con el

objetivo de brindar un acompañamiento integral a quienes estén atravesando ese periodo.

La maternidad es una etapa de transformación, marcada por cambios, preguntas y desafíos. En este sentido, el dispositivo, no busca patologizar las experiencias vinculadas a la maternidad, sino ofrecer un espacio de acompañamiento sensible y respetuoso, acompañando a la persona gestante, su acompañante y familia, en este proceso singular.

Antecedentes:

Con el fin de justificar la problemática, se realizó la revisión de antecedentes desde el año 2020 a la actualidad. En el abordaje, se identificaron diversos distintos ejes de investigación.

El primer enfoque corresponde a las ciencias médicas. Dentro de este eje, encontramos el estudio epidemiológico - sanitario de Gamarra, Salas (2022) en el cual plantea un estudio retrospectivo y descriptivo, investigando los indicadores de salud materna, como la tasa de mortalidad y morbilidad materna y perinatal.

En la misma línea, Ayala Peralta, Arango-Ochante, Espinola-Sánchez, Ayala Moreno (2021) proponen un estudio observacional de corte transversal, a fin de evaluar los factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada (EMA). Afirman que tener un embarazo en edad avanzada se ha convertido en un problema de salud materno perinatal porque conlleva al incremento de riesgos materno-fetales y perinatales debido a que el sistema reproductivo femenino se va envejeciendo.

Otro enfoque relevante aborda los aspectos emocionales de la salud materna. Calcagni, Olivos, García Valdés, Zamudio Berrocal (2021) buscaron evaluar la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos, llegando a la conclusión que los síntomas de ansiedad y depresión perinatal sirven para identificar a mujeres en riesgo y para promover factores protectores, como el apoyo social, son necesarias para aumentar el bienestar de las mujeres y sus familias.

Por su parte, una investigación llevada a cabo en México por Contreras Carreto, y colaboradores (2022) busca abordar aspectos fundamentales en la definición de salud mental perinatal, sus determinantes y los principales trastornos mentales en este periodo vital. Entre estos trastornos se encuentran la tristeza posparto, la depresión posparto y la psicosis posparto, los cuales pueden presentarse hasta en el 80% de las mujeres.

Al-Halabí, García-Haro, Rodríguez-Muñoz y Fonseca-Pedrero (2021) han estudio la conducta suicida y el periodo perinatal determinando que la muerte por suicidio es la

primera causa de muerte de las mujeres durante el periodo perinatal. Exponen los factores implicados en la conducta suicida llegando a la conclusión de que las mujeres embarazadas tienen mayor ideación suicida que su correspondiente grupo de comparación en la población general.

Estas investigaciones evidencian la complejidad de la salud perinatal y, refuerzan la necesidad de enfoques que contemplen tanto los aspectos fisiológicos, como los emocionales de la maternidad. La salud mental materna emerge como un eje transversal que debe ser atendido desde una perspectiva integral y sensible.

Marco normativo y justificación del dispositivo:

El dispositivo de primera escucha surge con el objetivo de propiciar un espacio de acompañamiento oportuno a quienes estén atravesando procesos perinatales, en cualquiera de sus etapas. Se encuentra alineado con lo propuesto por la ley Nacional de Salud Mental, Ley 26,657 y la Ley 27,611 de “ Atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia”, más conocida como la Ley de los mil días. Dichas normativas, cada una desde su posicionamiento legal, destacan la importancia de entender y proteger de manera integral la salud de las personas gestantes, como la de los niños en los primeros años de vida.

En primera instancia, la Ley Nacional de Salud Mental N. 26,657 reconoce a la salud mental como un derecho fundamental, subrayando la necesidad de adoptar un enfoque integral para garantizar su acceso universal, equitativo y accesible. Esta concepción se aleja de una visión patologizante y comprende a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos (Ley Nro. 26.657, 2010)

Por su parte, la Ley 27.611, conocida como la “Ley de los 1000 días”, tiene como objetivo proteger, fortalecer y acompañar el cuidado integral de la vida y la salud de las personas gestantes y las niñas y niños en los primeros tres años. Es decir, refiere a la atención integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia, por lo cual es un pilar fundamental para la intervención en salud perinatal. (Ley N.º 27.611, 2020)

Entre sus principios rectores destaca la articulación y coordinación de los distintos organismos competentes en las políticas públicas dirigidas a la primera infancia hasta los tres (3) años de edad junto con el diseño de políticas públicas que brinden la asistencia y el acompañamiento adecuado para que las familias puedan asumir sus responsabilidades de cuidados integrales de la salud.

Por su parte, en el artículo 21 se refuerza la importancia de implementar estrategias específicas para la salud perinatal y primeros años de vida. La autoridad de

aplicación deberá implementar políticas específicas de atención, promoción, protección y prevención de la salud integral de las personas gestantes y de los niños y las niñas hasta los tres (3) años. En particular, hace hincapié la necesidad de realizar controles e intervenciones oportunas que abordan de manera integral las complicaciones que puedan surgir durante el embarazo, parto y puerperio.

Si bien la ley vigente propone en distintos artículos un enfoque integral que contemple la salud en sentido amplio tanto de la madre como el niño, lo cierto es que no desarrolla de manera explícita una perspectiva específica sobre lo que refiere a la Salud Mental Materna, ni estrategias específicas ligadas a los aspectos perinatales. En el artículo 24, encontramos la referencia a los sistemas de salud mental, únicamente limitado a ciertas situaciones de violencia por razones de género. En estos casos se establece que las niñas, adolescentes, mujeres y otras personas gestantes en situación de violencia por razones de género que manifestasen su voluntad de ser atendidas por los servicios de salud mental, deberán recibir atención de inmediato. (Ley N.º 27.611, 2020)

Finalmente, en el artículo 27 plantea que la autoridad es la que se encargará de diseñar y publicar en formato accesible una guía de cuidados integrales de la salud que contendrá información propia de cada etapa del curso vital, brindará información sobre el derecho a una vida libre de violencias, difundirá los beneficios de la lactancia materna y estimulará la corresponsabilidad en las tareas de cuidado con refuerzo en los vínculos tempranos, el juego y el disfrute. (Ley N.º 27.611, 2020) Sin embargo, estas acciones orientan a la atención de profesionales del sector médico, tales como la obstetricia y a la pediatría, sin contemplar la participación interdisciplinaria de los profesionales de salud mental, así como tampoco el abordaje de factores socioemocionales fundamentales en el periodo perinatal.

En este contexto, el dispositivo de primera escucha cumple un rol clave en la promoción de la salud al ofrecer un espacio de acompañamiento destinado a alojar aspectos emocionales, psicológicos, y comunitarios del proceso perinatal. Desde un enfoque interdisciplinario, se propone como una estrategia para abordar y prevenir los posibles padecimientos psicológicos, promoviendo el bienestar subjetivo, no solo de la madre, sino también del bebé y de toda la familia.

Enfoque interdisciplinario y la Ley 26.657

El espacio de primera escucha en salud mental perinatal se configura como un espacio clave de acompañamiento y, se enmarca en los principios vigentes establecidos por la Ley de Salud Mental N.º 26.657 que promueve la conformación de equipos

interdisciplinarios como base del modelo de atención. En su artículo 8, la ley expresa que la atención debe ser llevada a cabo por equipos integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados en disciplinas como psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional entre otras. (Ley 26.657, 2020)

Esta normativa parte de una concepción de salud mental la cual justifica la necesidad de intervenciones interdisciplinarias, al considerar dimensiones históricas, sociales, psicológicas y culturales. Este abordaje requiere no sólo la intervención de una serie de disciplinas, sino también de saberes no disciplinares que lleven a cabo un trabajo constante, articulado y sostenido. Es así que, esta forma de organización interdisciplinaria reúne profesionales y personas de diversas trayectorias con el objetivo de construir intervenciones en salud mental desde una perspectiva integral coherente con las complejidades del campo. (Stolkiner, 2015)

La interdisciplina no es una teoría unívoca, sino que implica un posicionamiento que obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina a fin de crear una acción cooperativa de los sujetos. La actividad interdisciplinaria, sea de la índole que sea no emerge espontáneamente por el hecho de que varios especialistas trabajan juntos, sino que está basado, tanto en la elaboración de un marco conceptual común que permita la articulación de ciencias disímiles, como en el desarrollo de una práctica convergente.

La interdisciplina trabaja en la intersección de conjuntos, y si bien las disciplinas no tienen elementos en común lo que se busca es ver esos elementos de influencia recíproca. Por fuera del espacio de intersección, se desarrolla lo específico de cada práctica de salud, pero en el punto en común es fundamental el diálogo interdisciplinario a fin de pensar intervenciones y disminuir obstáculos en el tratamiento (Oiberman, 2013).

En este escenario, la psicología perinatal tiene un rol activo que trasciende la atención tradicional y tiene otra presencia en los hospitales: ya no se restringe los consultorios individuales sino que recorre los pasillos y salas de internación. No sólo elabora el pasado sino que contribuye a constituir la experiencia en medio de las crisis, acompaña con el afrontamiento del dolor cuando este brota, intenta anticiparse al conflicto, facilitando la comunicación y comprensión, favorece las redes de sostén mediante el abordaje grupal y se acerca a los pacientes. (Oiberman, 2013)

Dispositivo de primera escucha como herramienta de intervención situada en la salud mental perinatal:

La presente propuesta se inscribe en el campo de la psicología perinatal y plantea la creación de un dispositivo de primera escucha coordinado interdisciplinariamente por el

área de salud mental y de ginecoobstetricia, a llevar a cabo en instituciones del segundo nivel de atención sanitaria de una ciudad al noroeste de la provincia de Buenos Aires. Al decir segundo nivel de atención nos referimos a hospitales o establecimientos que presten servicios relacionados con la atención médica específica tales como gineco - obstetricia, cirugía, pediatría y, atención destinada a la salud mental, psicología y psiquiatría.

El concepto dispositivo es abordado aquí desde la perspectiva foucaultiana: un entramado heterogéneo de elementos interrelacionados entre sí conforme a relaciones y conexiones de saber y poder, que determina de manera específica su operar. (Foucault, 1985). No se entiende, por lo tanto, como algo abstracto o una técnica neutral, sino que opera como respuesta a una urgencia o acontecimiento en un momento histórico determinado. En este caso particular, el dispositivo se enmarca en los procesos perinatales, entendidos como momentos de transformación subjetiva y vincular.

Se propone un espacio de acompañamiento y contención, concebido como una primera instancia de intervención que no implica necesariamente el inicio de un tratamiento psicoterapéutico, sino que habilita la posibilidad de llevar a cabo otras intervenciones - sean del área clínica, social, comunitaria, institucional - según la singularidad de cada situación. En este sentido, es fundamental considerar que, a diferencia de las entrevistas clínicas tradicionales, aquí la atención podrá ser espontánea, o por interconsulta, por ende la demanda se construye o se irá construyendo en función del encuentro.

El dispositivo se enmarca en una práctica situada, entendida ésta como relacional y compleja que trasciende la aplicación técnica y estandarizada, una construcción artesanal, abierta al diálogo y a la interacción de contextos concretos. Ese diálogo resulta esencial para abarcar diferentes perspectivas de visibilidad, enunciación, tramas de poder, y especialmente de las formas de construcción de subjetividad que se ligan a dicha práctica. (Carballeda, 2008).

En muchas prácticas clínicas, el encuadre funciona como una especie de estandarización de la situación estímulo-se le ofrece al entrevistado. Sin embargo, en este dispositivo, se propone al encuadre como un campo dinámico que, si bien conserva elementos relativamente estables, tales como la actitud técnica y el rol del entrevistador, es flexible en cuanto al espacio, el tiempo, el lugar de la entrevista e incluso los participantes. (Bleger, 1964)

El dispositivo no se concibe como una herramienta estandarizada ni como un mecanismo que produzca resultados uniformes; por el contrario, se lo concibe como una construcción flexible y situada capaz de adaptarse a la singularidad de cada caso. En este marco, la subjetividad del consultante no es previa, sino que se va construyendo en

el propio encuentro. En contextos perinatales, muchas veces la demanda se construye y emerge en la urgencia, en la maternidad, o la sala de neonatología, lo cual obliga repensar continuamente la configuración del encuadre y la naturaleza de la demanda. En palabras de Oiberman (2005):

¿Qué ocurre con los trastornos de angustia grave en momentos previos al parto o durante el parto mismo? ¿ hay que esperar la mañana y realizar la interconsulta con salud mental? (...) Las urgencia no respeta los horarios estipulados de los servicios de salud mental. La angustia no espera (...) puede ocurrir a las 12 de la noche, como a las 10 de la mañana: el aparato psíquico tiene otros tiempos y no resuelve nada ofrecer una consulta psicológica para la mañana siguiente; La crisis es en este momento y no espera. (p.25)

Cabe aclarar que, si bien el dispositivo incluye profesionales de distintas áreas, no se llevarán a cabo entrevistas de consultas ni anamnesis. Se trata de entrevistas psicológicas, en tanto es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas, en la cual lo específico o particular de esta relación reside en que uno de los integrantes de la misma es un técnico de la psicología que debe actuar en ese rol, y el otro -o los otros- necesitan de su intervención técnica (Bleger, 1964).

Desde esta perspectiva, es fundamental reconocer que no hablamos de personas, maternidades, paternidades y familias estandarizadas. Sino que, por el contrario, la construcción del sujeto en cada uno de sus procesos es singular y se construye en forma permanente. Nunca es lo mismo. “Madre no se nace, se hace” (Oiberman, 2013, p. 17)

El objetivo es alojar a un sujeto concreto: un sujeto que padece, un sujeto que nace, un sujeto que atraviesa una crisis, y atenderlo en su unicidad y singularidad, reconocer que su padecimiento, su historia está determinado también por múltiples dimensiones. (Sousa Campos, 1996-1997 s/R) En este sentido, abordar etapas del periodo perinatal, exige abordar, además de los aspectos clínicos, de las dimensiones subjetivas que determinan los vínculos. (Stolkiner; 2005).

La observación clínica implica la escucha, una escucha que se base en la horizontalidad y no desde una posición jerárquica verticalista, que sea atenta y respetuosa con una actitud humanística. (Olza, 2021) El espacio de primera escucha busca está dirigido a un otro, con el propósito de incorporar la palabra de y favorecer a un diálogo subjetivamente en el que se puedan verbalizar emociones y temores tanto de quien gesta como de quien acompaña.

En palabras de Oiberman (2013): “ese es nuestro desafío profesional: Sujetar las palabras del paciente, sujetar el gesto del bebe la inquietud de un padre, la angustia de

una familia (...) y transformarnos a una polea de transmisión entre médico y el paciente” (p. 13).

Psicología Perinatal: una mirada integral

La psicología perinatal es la rama dentro de la psicología de la primera infancia que se focaliza en el estudio de los procesos psíquicos y vinculares que se despliegan en el tránsito del embarazo, parto, puerperio y los primeros meses de vida. A diferencia de otras disciplinas que centran su atención en un sólo sujeto, esta área de psicología aborda el estudio de dos sujetos de manera simultánea: la madre embarazada o puérpera y el bebé. (Oberman et al., 2008).

Esta especialidad se ocupa específicamente del abordaje clínico de aspectos vinculados con la maternidad, la paternidad, y crianza temprana, incluyendo procesos relacionados con la gestación, desde la preconcepción, fertilidad, gestación, pérdidas gestacionales, parto, puerperio, lactancia, primeros vínculos, adopción y crianza temprana. Históricamente estos procesos fueron abordados desde la intervención médica- médica, sin embargo, en los últimos años se ha consolidado el concepto “Salud mental perinatal”, integrando los aspectos psicológicos.

La salud mental perinatal abarca los procesos psicológicos y psicopatológicos, emocionales, cognitivos y comportamentales de la persona gestante, al bebé, a la pareja si existiera, y a la familia., Requiere cuidados desde la época antenatal a la postnatal hasta, al menos, los 3 años de vida (Conecta Perinatal, 2023). En consonancia, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) enfatiza en la importancia de integrar la atención en salud mental en lo que refiere a la atención perinatal, a fin de obtener mejores resultados clínicos, reducir el sufrimiento psíquico y favorecer un entorno saludable para el desarrollo vincular.

En este marco, la psicología perinatal ha permitido visibilizar al cuerpo de la mujer como el primer refugio del ser humano, un espacio digno de atenciones y cuidados (Oberman, 2013), no sólo desde los aspectos biológicos, sino desde su implicancia psíquica y vincular. Este cambio de paradigma, ha permitido que la subjetividad de la madre, sus aspectos emocionales y vinculares pasen a ocupar un lugar prioritario.

La atención perinatal no debe quedar supeditada a la empatía de los profesionales o de las decisiones políticas. Por el contrario, es fundamental la presencia de profesionales especializados en perinatalidad que diseñen estrategias interdisciplinarias a fin de acompañar de manera adecuada los avatares emocionales, y favorecer la vinculación entre la madre - hijo y el entorno.

Reflexionar en torno a lo perinatal implica ir más allá de lo sanitario - biológico. Según la RAE, el término remite al período que precede y sigue inmediatamente al nacimiento. Aunque esta definición resulta reduccionista, invita a ampliar la mirada respecto del origen de la vida, no sólo en términos biológicos, sino en términos subjetivos. Desde esta perspectiva, el origen comienza con el deseo de ser madre - padre - gestante y, dicho deseo se inscribe en una historia personal, dialéctica, relacional y transgeneracional. En el deseo y en el nacimiento de una madre o un padre, se inscribe una historia. Como señala Bydlosky (1987):

La gestación es, por tanto, la ocasión, para la futura madre, de un surgimiento de momentos intensos de neurosis infantil y/o de experiencias angustiosas de los primerísimos años de vida. Las representaciones y fantasías dominantes que se expresan entonces corren el riesgo de adquirir materialidad con la llegada del niño (p.107)

Desde esta mirada, el rol del profesional implica diseñar estrategias que habiliten espacios de elaboración emocional. En ocasiones, una simple pregunta ¿qué le dijo el médico? Puede ser el punto de partida para evaluar y acompañar, sin necesidad de encuadrar alguna situación patológica. Más allá de lo que comparten muchas madres, es fundamental contemplarlas y acompañarlas en su individualidad. ¿Qué necesita esta madre?, ¿qué siente ahora?, ¿qué puedo aportarle?, ¿cómo ha acogido mis palabras? (Olza, 2021)

El objetivo es permitir la expresión de las emociones de aquellos que también están naciendo: como madres, como padre, como familias (Oiberman, 2013). a fin de preservar el vínculo madre - hijo. Lo que se busca es cuidar la salud psíquica de las embarazadas y conocer el psiquismo materno en el embarazo permite a las profesionales cuidar este aspecto tan relevante para su salud actual y futura. (Olza, 2021). En palabras de Oiberman “Esta disciplina, entre una complejidad multidimensional, busca darle voz e identidad a aquellas personas que, muchas veces, estuvieron calladas en una sala de parto, en una sala de espera o en la intimidad” (Oiberman, 2013, p.38)

En enfoque de la psicología perinatal se funda en una perspectiva de derechos, promoviendo una mirada respetuosa, integral en todo el proceso perinatal, destacando el protagonismo de la díada madre - bebe y, reconociendo un papel activo a todo el entorno familiar. En palabras de Olza (2021):

Pensamos que la atención a la salud mental de las familias en torno al embarazo, nacimiento y crianza requiere una visión amplia, holística y feminista que promueva la salud de todos y que prevenga la psicopatología integrando una perspectiva de género. Es momento de desaprender y deconstruir modelos

heredados que por su reduccionismo o su sesgo de género nos parecen poco operativos, cuando no dañinos. (p.25)

En este marco, lejos de patologizar los procesos perinatales, esta área reciente de la psicología propone la comprensión del estado psíquico que atraviesan las principalmente personas gestantes en este periodo vital. Bydlowsky (1987) propone que la tarea del profesional consiste en “Estudiar (...) a mujeres psíquicamente sanas, en ese espacio que está en el límite entre lo intrapsíquico y lo intersubjetivo” (p.100).

De este modo, se reconoce que incluso en contextos de aparente normalidad, pueden surgir un estado psíquico anormal en mujeres normales propios de una etapa de profundas transformaciones: Oiberman (2013) lo denomina “una crisis vital” (pp. 18-19).

La maternidad definida como crisis vital

El viaje a y por la maternidad, lejos de ser un momento exclusivamente biológico constituye una experiencia psíquica compleja está atravesada por múltiples dimensiones. En este sentido, resulta menester diferenciar conceptualmente la maternidad del maternaje. Maternidad alude al acontecimiento biológico de gestar y dar a luz, mientras que maternaje hace referencia al proceso psico afectivo que acontece o no en la mujer tras el nacimiento del niño. (Oiberman, 2013)

Partir de esta diferenciación permite comprender que no toda persona que gesta o cría transita del mismo modo la maternidad. Esta experiencia estará determinada por su historia subjetiva, su entorno, su deseo y el modo que se ha construido interna y psíquicamente su identidad materna. Es por ello que, desde el abordaje interdisciplinario resulta fundamental explorar las dinámicas familiares, la historia de apego de cada progenitor en sus propias familias de origen y los factores estresores que puedan sumarse a la crisis evolutiva del nacimiento de un hijo. (Olza, 2021)

Durante los inicios de la gestación, el niño era simplemente una idea. Al cabo de una semanas, esa idea cobra formas sensoriales e invade progresivamente la vida física y psíquica de la futura madre con una intensidad tal que ninguna realidad podrá a limitarse hasta el día del nacimiento (Bydlowski, 2007).

En este marco, cobra relevancia el concepto de nueva identidad, ya que el tránsito por estos periodos implica una construcción: madre no se nace, sino que se construye en el proceso. Y, precisamente esta construcción está determinada por el modo en que se va construyendo esa fantasía de ser madre, su propia historia, sus idealizaciones, la relación con su propia madre, la relación con el entorno. La figura materna, su psiquismo y su modo de habitar la maternidad, constituyen un eje central

para el desarrollo infantil. Considerando que ella experimenta, en paralelo, su propio proceso madurativo, se vuelve imprescindible comprender la crisis y la transformación que implica cada nueva maternidad. (Olza, 2021).

La maternidad, entonces, es entendida como una crisis vital y evolutiva. Esta crisis no afecta solamente a la mujer gestante, sino a todo el grupo familiar. El atravesamiento de esta crisis dependerá de su historia personal, la estructura de su personalidad, su situación presente, las características del bebé y la ubicación de ese niño en el encadenamiento histórico familiar. Esta crisis implica una reconfiguración subjetiva: la maternidad interpela, renueva y reubica a la mujer en su identidad. A su vez, esta crisis se reconfiguran y resignifican en función de la evolución del bebé, evolución se refleja en la realidad psíquica de la madre. (Oberman, 2013).

Se plantea el concepto crisis, dado que implica reorganizaciones y reconfiguraciones tanto en el plano físico, psicosociales y como en lo psíquico. Como sostiene Bydlosky “cada etapa del ciclo vital comporta la existencia de un número determinado de tareas, y su ejecución depende el paso a la etapa siguiente” (Bydlosky, 2007).

En este sentido, al igual que la adolescencia, el embarazo puede considerarse como un momento de crisis psíquica: un periodo de intensa conflictividad, atravesado, a su vez, por un periodo de crisis madurativa que moviliza energía, despierta ansiedades y conflictos latentes. No obstante, esta crisis tiene un potencial evolutivo propio y contribuye al proceso de formación de una nueva identidad.

Entre las similitudes estructurales entre el embarazo y la adolescencia se destacan la transformación corporal y hormonal, en primer lugar con respecto al embarazo y luego después del nacimiento, un cambio de estatus social, importante fluctuaciones pulsionales, reactivación de conflictos infantiles, en particulares aquellos que se relacionan con las primeras etapas, disolución y reconstrucción de identificaciones precoces, en particular la identificación con su propia madre, Transformación del sentimiento de identidad personal y los sistemas defensivos (Oberman, 2013, p. 91).

En este marco y, considerando las profundas transformaciones que se dan en el tránsito por el embarazo, es importante considerar el concepto de transparencia psíquica, propuesto por Bydlosky, ya que permite comprender la particularidad del estado emocional y mental que atraviesan muchas personas gestantes desde las primeras semanas. Durante este periodo, el equilibrio habitual de la joven mujer se estremece dando lugar a un estado psíquico particular: se trata de un fase de autenticidad particular del psiquismo que en el que se dan una correlación evidente entre la situación de gestación actual y las rememoraciones del pasado (Bydlowski, 2007). Según el autor, el

embarazo es el momento de un estado psíquico particular, un estado de susceptibilidad o de transparencia psíquica donde fragmentos del inconsciente vienen a la consciencia

Ser madre no es un mero atributo añadido a una identidad que permanece estable, sino una reestructuración profunda que deja huella en nuestra mente, en nuestro cerebro y en nuestro cuerpo. La maternidad no es la mera suma, sino que implica una interacción con el resto de las esferas de la identidad del yo. La maternidad redefine los gustos, las prioridades, las necesidades, la tolerancia, la sensibilidad. La maternidad atraviesa, invita y obliga a crear una nueva identidad dentro y fuera de la crianza, no sólo como madres, sino también como mujeres y como hijas. (Carmona, 2023).

En este marco, el dispositivo busca acompañar esta complejidad, apostar a que la mujer encuentre en el espacio terapéutico el eco de su voz personal, reflejo genuino de su subjetividad. Esta voz, muchas veces, corre el riesgo de quedar silenciada entre tanta demanda, crisis, exigencias maternas y mandatos sociales.

Es por eso que, tal como propone Bydlowski (2007) “El interés de estos estudios reside en ese espacio que está en el límite del intrapsíquico de nuestros objetivos Con un objetivo principal que es el de la prevención en materia de psicopatología del niño de pecho” (p.100).

Desde esta perspectiva, se propone alojar, abrir puertas, abrazar si es necesario. En palabras de Olza, “Queremos que la maternidad sea una opción de vida que no suponga la soledad ni el aislamiento, sino más bien una amplia red, una sucesión de círculos concéntricos sanadores” (p.33)

OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVOS:

- **GENERAL**

Diseñar e implementar un dispositivo interdisciplinario de primera escucha en el segundo nivel de atención, dirigido para personas gestantes y no gestantes en la etapa perinatal, que permita la atención temprana, contención y acompañamiento emocional, desde una perspectiva integral y de derechos.

- **ESPECÍFICOS**

Propiciar intervenciones pertinentes a la singularidad de las experiencias de las personas gestantes y no gestantes a partir del espacio de primera escucha.

Consolidar una práctica situada y no patologizante a fin de acompañar los procesos de maternidad.

Incorporar la perspectiva psicológica en las intervenciones perinatales, reconociendo los procesos psíquicos y simbólicos que atraviesan estas experiencias, con el propósito de articularlas con otras disciplinas y áreas de salud para garantizar una atención integral.

DETERMINACIÓN DE LA PROPUESTA

La planificación de la implementación del dispositivo interdisciplinario de acompañamiento perinatal, es concebida de una mirada dinámica, flexible y situada. Tal como plantea Oiberman (2013) se parte de la idea de que todo dispositivo debe poder ajustarse a las demandas emergentes durante su implementación, atendiendo tanto las demandas específicas de los profesionales involucrados sino también los aspectos subjetivos y sociales que atraviesan el acompañamiento perinatal. (p. 51)

El dispositivo funcionará con una lógica de atención basada en duplas interdisciplinarias formadas por un profesional de cada una de las áreas. Estas duplas estarán presentes de lunes a viernes, con un cronograma de atención establecido y, también deberán estar disponibles en el caso de acontecer alguna urgencia. Durante los fines de semana, se establecerá un sistema de rotación, en las cuales las duplas se irán alternando, y las cuales se planificarán con las coordinadoras el día 15 de cada mes en función de la disponibilidad de los profesionales. El objetivo es garantizar la cobertura en el dispositivo sin sobrecargar a un sólo equipo de trabajo.

El dispositivo contempla una secuencia de siete etapas que se desarrollarán en un tiempo estimado de ocho semanas. Esta secuencia se propone como una línea organizativa que se puede ajustar a medida que se avanza el proceso.

En primera instancia, al ser una institución de segundo nivel de atención, se realizará un diagnóstico inicial que permita relevar las condiciones institucionales actuales. El diagnóstico se llevará a cabo a fin identificar los recursos humanos disponibles y los perfiles de los mismos, así como también los recursos materiales y físicos. Esta etapa es fundamental para dimensionar la viabilidad real del dispositivo.

En segundo lugar, a partir del diagnóstico, se avanzará en la conformación del equipo interdisciplinario. El objetivo es fortalecer las duplas de profesionales de las áreas de gineco-obstetricia y de salud mental mediante encuentros grupales de formación. Se brindarán herramientas teóricas y prácticas mediante encuentros teóricos-prácticos del marco normativo legal, talleres interdisciplinarios y revisión de historias clínicas.

Una vez que se conformen los equipos, se llevará a cabo el diseño del protocolo de intervención y delimitación de roles y funciones. También se desarrollarán planillas de registro y esquemas de seguimiento con el fin de sistematizar el dispositivo. En esta etapa, también se diseñará la organización física del espacio, y se establecerá el cronograma operativo de trabajo.

Dado que se trata de una institución del segundo nivel de atención, en esta etapa se buscará la articulación de las distintas áreas internas. El objetivo es difundir los objetivos, socializar las intervenciones y fortalecer los lazos intersectoriales, ya que,

como se ha mencionado la demanda puede emerger en la sala de guardia, en la internación, y en otros espacios de la institución.

Una vez socializado el proyecto, se llevará a cabo la implementación del dispositivo. El objetivo es llevar a cabo la práctica planificada, ofreciendo espacios de atención articulando las demandas tanto de la institución como de la comunidad. A su vez, en esta etapa es fundamental la predisposición de los coordinadores de área ya que estarán atentos a aquellos aspectos que puedan emerger en la diaria.

La sexta etapa implica la evaluación del dispositivo, a fin de identificar fortalezas y debilidades y, principalmente permitir la circulación de los profesionales que estuvieron implementando el dispositivo.

Por último, como cierre del dispositivo, se llevará a cabo el informe final y la sistematización de las intervenciones realizadas. Dicha documentación permitirá registrar el proceso, analizar casos y proponer nuevas líneas de acción.

La concreción de dicha planificación supone generar ciertos espacios de diálogo entre los profesionales, sistematizar los equipos de trabajo, para que luego, cuando comience el trabajo en el territorio el acompañamiento sea oportuno y cálido y que las intervenciones que sean acordes a los lineamientos de la propuesta

Tal como señala Oiberman (2013) “La palabra emerge a partir de que el psicólogo pone el cuerpo junto al de la madre, al del niño, y a del equipo a médico” (Oiberman, 2013, p41). En esta línea, el dispositivo se piensa como una herramienta viva, en permanente construcción, donde cada intervención está atravesada tanto por la subjetividad del contexto, el posicionamiento ético del equipo de profesionales y el entrecruzamiento de discursos.

Recursos necesarios:

Para garantizar el desarrollo acorde del dispositivo interdisciplinario se identifican tres categorías principales de recursos.

En primer lugar, los espacios físicos: es indispensable contar con consultorio adecuado dentro de la institución que sea destinado a la atención individual o grupal. Si bien, se propone un encuadre flexible, ya que el encuentro de primera escucha podrá ser en la sala de parto, pasillo, patio, es fundamental que se garanticen las condiciones de privacidad, comodidad y accesibilidad. Además se requiere un espacio institucional, resulta imprescindible contar con un salón o consultorio dentro de la institución para las reuniones de equipo. Del mismo modo, se considera valioso contar con un espacio alternativo de uso comunitario o territorial, a fin de ser utilizado en alguna actividad complementaria vinculada a la salud mental perinatal.

En segundo lugar, los recursos materiales que implica mobiliario básico, por ejemplo, escritorio, mesas, sillas, materiales de trabajo, tales como fichas de registro, libros de acta, fichas de registro, consentimiento informado, cuaderno de notas, biblioratos, entre otros y, recursos bibliográficos actualizados, tales como los manuales de protocolo, información sobre las legislaciones vigentes. Así mismo, a fin de sistematizar la información será importante contar con herramientas de comunicación, tales como un teléfono celular, computadora, entre otros.

Respecto a los recursos humanos, el equipo debe estar conformado por profesionales especialistas en el área de Salud Mental y gineco obstetricia, y, en el caso de requerir se solicitará la intervención de algún otro profesional, tal como acompañante terapéutico, profesiones de enfermería, kinesiología, puericultura, trabajadora social, etc. Un rol central serán los coordinadores de área, quienes deberán contar con trayectoria y experiencia en la conducción de equipos. Su función será la de supervisar, acompañar situaciones complejas y, a su vez, diseñar nuevas estrategias en el caso de que sea necesario.

Finalmente, se sugiere la participación de personal administrativo, que colabore en mantener organizada toda la información de los usuarios del dispositivo.

Planificación de actividades y objetivos

| Etapa | Objetivos | Acciones | Profesionales | Semanas | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | |
| 1 - Diagnóstico inicial | * Relevar las condiciones institucionales. * Identificar recursos y obstáculos profesionales e institucionales | * Reuniones con los profesionales * Identificar recursos humanos, materiales y físicos. | Coordinadores de área Ginecología /Obstetricia y Salud Mental. | x | | | | | | | | | |
| 2 - Conformación del equipo y formación normativa | * Brindar herramientas teóricas y prácticas a los profesionales | * Selección del equipo interdisciplinario. *Reuniones de formación marco | Coordinadores de área Ginecología /Obstetricia y Salud Mental y profesionales de | | x | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|---|---|--|---|---|---|---|--|--|--|--|--|---|
| | Conformar el equipo interdisciplinario | normativo legal * Talleres interdisciplinarios. * Revisión de historias clínicas | áreas. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - Diseño de materiales y protocolos, roles y funciones | * Crear herramientas para sistematizar el dispositivo. * Sistematizar roles, funciones y modalidad de trabajo | * Reuniones de equipo. * Elaboración de protocolos de actuación y planillas de registro. * Diseño del físico del espacio. * Definir duplas de trabajo interdisciplinario y organizar el cronograma de trabajo. | Coordinadores de área Ginecología /Obstetricia y Salud Mental. | | | x | | | | | | | | | | | | |
| 4 - Articulación institucional | * Revisar y armar la estructura operativa * Fortalecer la articulación con otras áreas de la institución | * Difundir e informar a las distintas áreas de la institución las tareas de implementación | Coordinadores de área, profesionales de áreas y áreas institucionales | | | | x | | | | | | | | | | | x |
| 5 - Implementación del dispositivo | Consolidar la implementación del dispositivo. | * Revisión de cumplimientos de protocolos. *Reuniones espontáneas con el coordinador de área. * Ajustes metodológicos. | Equipo interdisciplinario. | | | | | | x | x | x | x | | | | | | |
| 6 - Evaluación, retroalimentación y construcción | Identificar debilidades, fortalezas y aspectos a mejorar | * Reunión de coordinadores. *Reunión por áreas de trabajo | Coordinadores de área y equipo interdisciplinario. | | | | | | x | x | | | | | | | | x |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| interdisciplinaria | | * Revisión de protocolos | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - Sistematización y elaboración de informe | Documentar las intervenciones llevadas a cabo. | * Reunión de equipo. * Análisis de casos * Elaboración de informe * Nuevas propuestas de continuidad | Coordinadores de área y equipo interdisciplinario. | | | | | | | | | | | | | | x |

EVALUACIÓN GENERAL DE LA PROPUESTA

La implementación del dispositivo de primera escucha requiere una evaluación continua, integral y situada, que acompañe a cada etapa del proceso, permitiendo realizar ajustes en las intervenciones según las demandas y complejidades emergentes.

La evaluación, concebida como una herramienta esencial de mejora continua que posibilite la reflexión, el intercambio, la revisión de protocolos y la adecuación de los modos de intervención, se orienta principalmente a dos ejes centrales: por un lado, los efectos subjetivos de las personas consultantes y, por otro lado, la experiencia de los profesionales que sostienen el dispositivo.

En relación a los usuarios, se propone realizar encuestas tanto abiertas como cerradas, con el objetivo de conocer su experiencia y la resonancia emocional del acompañamiento recibido. A partir de dichos aportes se podrá repensar el dispositivo y abrir a nuevas estrategias de intervención.

Respecto a los profesionales, se llevarán a cabo encuentros grupales, con el objetivo de compartir aprendizajes, reforzar el posicionamiento profesional y reforzar las normativas a fin de pensar colectivamente las intervenciones .

En este marco, la evaluación lejos de representar una instancia punitiva, busca fortalecer el dispositivo de primera escucha, promover profesionales atentos y prácticas sensibles que acompañen los procesos perinatales brindando una atención cálida, protegiendo la salud mental materna y, propiciando, de manera saludable, los vínculos tempranos entre el bebé por nacer, su madre y su red emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Halabí, Susana, García-Haro, Juan, Rodríguez-Muñoz, María de la Fe, & Fonseca-Pedrero, Eduardo. (2021). Conducta suicida y periodo perinatal: entre el tabú y la incompreensión. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 161-169. Epub 06 de junio de 2022. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol.2963>
- Ayala Peralta, P. Arango-Ochante, M. Espinola-Sánchez, D. Ayala Moreno (2021) Factores asociados a morbilidad materna y perinatal en gestantes con edad materna avanzada. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, Volume 48, Issue 1, Pages 21-28, ISSN 0210-573X. <https://doi.org/10.1016/j.gine.2020.09.004>.
- Bleger, J (1964). *La entrevista psicológica*. Paidós
- Bydlowski, M. (2007). *La deuda de vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Biblioteca Nueva
- Carballeda, A. (2008). *Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de exclusión y el desencanto*. Buenos Aires. Paidós Recuperado de https://www.margen.org/epub/Intervencion_losocial.pdf
- Carmona, S. (2023). *Neuro Maternal: Cómo la maternidad transforma el cerebro de las mujeres*. Sinequanon.
- Coo Calcagni, Soledad, Mira Olivos, Andrea, García Valdés, María Ignacia, & Zamudio Berrocal, Paulina. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes pediátrica*, 92(5), 724-732. <https://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519>
- Contreras-Carreto, Nilson A., Moreno-Sánchez, Pablo, Márquez-Sánchez, Evelin, Vázquez-Solares, Viridiana, Pichardo-Cuevas, Mauricio, Ramírez-Montiel, Martha L., Segovia-Nova, Selene, González-Yóguéz, Tania A., & Mancilla-Ramírez, Javier. (2022). Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cirugía y cirujanos*, 90(4), 564-572. Epub 19 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.24875/ciru.21000003>
- García, R (2006). *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. España: Gedisa <https://repositorio.esocite.la/364/1/Garcia2006-SistemasComplejos.pdf>
- Foucault, M. (1985). *Saber y Verdad*. Madrid: Ediciones de la Piqueta
- Gamarra Choque, Pilar María, & Pante Salas, Giovanna Gladys. (2022). Embarazo en la adolescencia y los indicadores de salud materna y perinatal. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 21(2), . Epub 10 de mayo de 2022. Recuperado en 16 de julio de 2024, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2022000200012&lng=es&tlng=pt.

Ley Nacional de Atención y cuidado de la salud durante el embarazo y la primera infancia. Ley N° 27.611 (2011, 15 de enero). Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperada de

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239809/20210115>

Ley Nacional de Salud Mental, Ley N.° 26657. (2010, 25 de noviembre). Boletín de la República Argentina.

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ministerio de Salud de la Nación. Embarazo, parto y puerperio. 2022, marzo 17, de argentina.gob.ar. Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/crecerconsalud/embarazo-parto-puerperio>

Oiberman, A., et al. (2008). Nuevos dispositivos en salud mental: construcción de un modelo de trabajo en Psicología Perinatal. Premio 2008: Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/44422/CONICET_Digital_Nro.594

[Oa55a-8ef4-4958-a6ae-ba9651aa422b_B.pdf?isAllowed=y&sequence=5](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/44422/CONICET_Digital_Nro.594/Oa55a-8ef4-4958-a6ae-ba9651aa422b_B.pdf?isAllowed=y&sequence=5)

Oiberman, A. (2011). *La psicología perinatal: Un campo específico de la psicología*. En A. Académica (Ed.), *Congreso de psicología perinatal*. Recuperado de

<https://www.aacademica.org/000-052/378.pdf>

Oiberman A. y compiladores. (2013). *Nacer y acompañar: abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet].

[citado 6 de junio de 2022]. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Olza, Ibone et al. Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. 2021, vol.41, n.139

[citado 2025-09-05], pp.23-35. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352021000100023&lng=es&nrm=iso>. Epub 04-Oct-2021. ISSN 2340-2733.

<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003>.

Percia, M. (1994). *Notas para pensar lo grupal*. Buenos Aires. Lugar Editorial S.A

Wagner de Souza Camposs, G. (1996-1997). *La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada*. Disponible en:

<https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://salud.rionegro.gov>

.ar/documentos/salud_mental/Gestion%2520en%2520Salud.
%2520Sousa%2520Campos.pdf&ved=2ahUKEwiy-Ne3i9r2AhWAELkGHV3uDeo
QFnoECACQAg&usg=AOvVaw3O6QlpSR8SRkaC9AnA iW72

Stolkiner, A (2005). Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas provinciales de Psicología. Posadas, Misiones, Argentina