

Artículos seleccionados

Maternidad y padecimiento mental: Reflexiones desde el Trabajo Social

Inés Elizalde^a

Fecha de recepción:	10 de agosto de 2022
Fecha de aceptación:	2 de octubre de 2022
Correspondencia a:	Inés Elizalde
Correo electrónico:	inemelizalde@gmail.com

- a. Licenciada en Trabajo Social (Universidad de Buenos Aires). Residente de la Residencia de Trabajo Social en Salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resumen:

El presente trabajo es una puesta en común de reflexiones a las que llegué tras un período de rotación por la sala de maternidad de un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco de la Residencia de Trabajo Social en Salud, durante el año 2021/2022. Es una propuesta para repensar las posibles tensiones que pudiesen derivarse de la combinación de las prácticas de maternaje con el padecimiento mental. El trabajo busca exponer interpelaciones sobre los sentidos culturales en torno a la maternidad, el diagnóstico en salud mental aún como estigma, el rol clave de las redes afectivas, y en un sentido más amplio, la importancia del lazo social en los padecimientos mentales y en las posibilidades de construcción de autonomía. El artículo invita a profundizar sobre las implicancias y posicionamientos que puede adoptar el Trabajo Social al intervenir en este campo.

Palabras clave: Maternidad - Salud Mental - Trabajo Social.

Summary

The present work is a sharing of reflections that I arrived at after a period of rotation in the maternity ward of the Acute Care General Hospital of the Autonomous City of Buenos Aires, within the framework of the Residence of Social Work in Health, during the year 2021/2022. It is a proposal to rethink the possible tensions that may arise from the combination of maternity practices with mental illness. The work seeks to expose questions about the cultural meanings around motherhood, mental health diagnosis still as a stigma, the key role of affective networks, and in a broader sense, the importance of social bonds in mental illnesses and in the possibilities of building autonomy. This article invites to delve into the implications and positions that Social Work can adopt when intervening in this field.

Key words: Motherhood - Mental Health - Social Work.

Introducción

El presente artículo está guiado por una experiencia de seis meses de rotación en el área materno infantil de un hospital público durante 2021/2022, en el marco de la Residencia de Trabajo Social en Salud.

A modo de caracterizar brevemente el área, la misma cuenta con tres salas, la sala de obstetricia, la sala de neonatología y la sala de pediatría. A su vez, si bien el Servicio Social¹ del hospital cuenta con trabajadoras sociales consignadas a cubrir dicha área, estas no permanecen en la misma, sino que intervienen por interconsulta de las/los médicas/os.

Durante mi experiencia, pude visualizar la heterogeneidad de situaciones por las cuales se interconsulta al Servicio Social. Particularmente capto mi interés las tensiones que derivan de la combinación de las prácticas de maternaje con el padecimiento mental. El padecimiento mental en el embarazo se constituye como un problema y estigma. Por lo tanto se demanda al Servicio Social evaluar la capacidad de maternazgo de aquellas mujeres y las posibilidades de egreso hospitalario de sus niñas/os.

Me parece interesante indagar sobre esta temática ya que el padecimiento mental rompe con el ideal de maternidad y lo socialmente esperado en las mujeres y maternidades. Considero significativo observar las prácticas, ideas y discursos que se construyen por parte de las/los profesionales cuando intervienen en estas situaciones y qué estrategias de intervención se piensan desde el Servicio Social. Las reflexiones se basan en observaciones participantes y no participantes realizadas a lo largo de la rotación, así como en la lectura de documentos institucionales (historias sociales, historias clínicas, notas de interconsulta).

Maternidad: la feminización de los cuidados

Las interconsultas planteadas al Servicio Social no resultan ajenas a las maneras en que la cultura y las instituciones asignan a las mujeres las principales responsabilidades en relación con el cuidado de las/los niñas/os. Lo planteado se sustenta en la aparente capacidad natural o innata de las mujeres. El "mito del instinto materno", consiste en una construcción socio-cultural e

1. La estructura del funcionamiento del hospital está dividida en departamentos, dentro del Departamento Técnico, se encuentra la División del Servicio Social integrada por profesionales de Trabajo Social.

histórica a partir de la cual se esencializa y universaliza a la mujer como aquel sujeto biológicamente destinado a reproducirse, por lo tanto, designado a ejercer roles de cuidado (González, 2004). La función social, educativa, laboral y de poder de la familia ha sido determinante en la perpetuación del rol de cuidadora asumido por la mujer a lo largo de los años, en su gran mayoría en calidad de esposa, hija o madre. Este rol ha sido asignado desde la división sexual del trabajo cuya organización está centrada en diferencias de género, atribuyendo el rol reproductivo a la mujer, basado en relaciones del afecto y actividades domésticas, dentro de la estructura familiar, y el rol productivo y hegemónico en la dinámica económica familiar al hombre (Vaquiro Rodríguez y Stieповich Bertoni, 2010).

En torno a esto, Molina (2014) va a explicitar que esta naturalización de la maternidad implica, contradictoriamente, prácticas de control sobre el cuerpo de las mujeres que conlleva la pérdida de autonomía sobre la procreación y el corrimiento de saberes y prácticas elaboradas por ellas. Los sistemas de explotación han intentado disciplinar y apropiarse del cuerpo femenino, poniendo de manifiesto que los cuerpos de las mujeres han constituido los principales objetivos, lugares privilegiados, para el despliegue de las técnicas de poder y de las relaciones de poder (Federici, 2010, p. 27).

Estas prácticas de control sobre los cuerpos de las mujeres, van a dejar expuesta la artificialidad del discurso sobre el instinto materno. Molina (2014, p.4) expresa que “las mujeres que optan por la maternidad, estarán bajo la mira, sus labores serán controladas, se hace necesario ser buena madre, es paradójico, ¿no es acaso natural?”. Es así que la maternidad se vuelve un campo de disputas y discursos en tensión. Mientras se sostiene el mito del instinto materno basado en una verdad de la ciencia biologicista, también se sostienen prácticas que tenderán a evaluar y regular esas maternidades.

Desde mi experiencia he percibido que si a su vez estas mujeres tienen padecimientos mentales, este control se agudiza. Por momentos se observa cómo son tratadas como si no tuvieran control o no debieran tener control sobre su vida sexual y sus derechos reproductivos. Bajo estos estereotipos antagónicos, encontramos frecuentemente que las mujeres con padecimiento mental enfrentan obstáculos para acceder al derecho a la maternidad.

El diagnóstico de salud mental en la maternidad

A partir de mi rotación por el área de maternidad, pude observar diversas interconsultas que reflejan el cuestionamiento por parte de las/ los profesionales de la capacidad de maternazgo de las mujeres con padecimiento mental, como por ejemplo:

“Mujer de 29 años cursando puerperio con antecedentes de esquizofrenia”

Aquí se percibe como la mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización constituye para las/ los profesionales motivo suficiente para realizar la interconsulta. El padecimiento mental se vislumbra como un estigma y una limitación en contradicción a lo que plantea la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010) que afirma el igual reconocimiento como persona ante la ley y el goce pleno y en condición de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas. El padecimiento mental debe ser entendido como una característica más dentro de la diversidad de los seres humanos, y no como la característica que debe definir la vida de una persona.

Se destaca cómo las madres con padecimiento mental a veces están tácitamente excluidas de la posibilidad de constituirse en referentes de sus hijas/os, por el supuesto de peligrosidad considerado de su padecimiento mental. Es importante visibilizar que la condición de salud mental debe considerarse en cada caso particular, en cada momento determinado, siendo una construcción dinámica que puede mutar en el tiempo.

La intersección del padecimiento mental y la situación de mujer-madre interpela las representaciones sociales, estereotipos, discursos y actitudes sobre lo socialmente esperado en las mujeres y maternidades, asociado al paradigma de “mala madre”. La asunción por parte de profesionales o del propio entorno familiar de su incapacidad para la maternidad, lleva a que las mujeres tengan la sensación de estar siempre a prueba. Ante esto, cualquier problema de las/los hijas/os podrá ser la demostración de que no son “aptas” para ejercer la maternidad. Esto impacta en que continúen siendo estigmatizadas y recibiendo prejuicios que vulneran el derecho al acceso a la salud y el derecho a la maternidad. En gran medida se observa que las mujeres se sienten juzgadas ante la intervención del Servicio Social.

Creo que se les cuestionará sus capacidades de criar y cuidar; en consecuencia, en las primeras entrevistas se muestran con una actitud defensiva y reticente. Asimismo en varias ocasiones las mujeres asocian la intervención del Servicio Social a una posible desvinculación familiar. En este sentido, sienten que el rol del Trabajo Social consiste en una función de control y vigilancia.

De todas formas, pude identificar que, en diversas situaciones, con el transcurso de las entrevistas, el Servicio Social comienza a transformarse en un espacio de contención y apoyo, donde luego son ellas mismas que, sin haber pactado una entrevista con anterioridad, concurren para contar o transmitir inquietudes y novedades. El Servicio Social se convierte así en un espacio de referencia para estas mujeres, pudiendo construir otro tipo de intervención posible.

La construcción de autonomía en las mujeres

El sistema de salud reproduce y valida el orden sostenido sobre las jerarquías de poder impuestas por el patriarcado. Cuando además las mujeres sufren un padecimiento mental, las dificultades se multiplican porque el estigma de la enfermedad dificulta la posibilidad del habla de las mujeres porque se descrea de sus palabras.

La implementación de la Ley N 26657 (2010) requiere de un cambio en la forma de ver, pensar y abordar el padecimiento mental, es decir de un cambio de paradigma en la concepción de Salud Mental. Pensar a las personas con padecimiento mental como sujetos de derechos, que pueden expresar preferencias y participar en las decisiones acerca de sus vidas y de sus tratamientos, entender su propia autonomía y que son personas que gozan del derecho a vivir en la comunidad y a participar de la vida social y política en igualdad de condiciones que el resto de las/los ciudadanas/os.

A partir de lo vivenciado, realicé una serie de cuestionamientos acerca de las intervenciones que fueron surgiendo a lo largo de mi rotación y se desprenden en preguntas generales en torno a la construcción de autonomía de las mujeres- madres con padecimiento mental y a la decisión sobre sus propios cuerpos.

¿Contribuimos a realizar entrevistas donde estas mujeres estén presentes, escuchando sus relatos y deseos?

¿Optamos por entrevistar a sus referentes familiares, anulando a estas mujeres y descreyendo sus palabras?

¿Tratamos a estas mujeres como sujetos de derechos contribuyendo en sus posibilidades de maternar o las tratamos como objetos de tutela y protección?

¿Partimos de la presunción de capacidad de todas las mujeres con padecimiento mental a maternar y trabajamos en cuáles son sus posibilidades y restricciones?

En ocasiones es necesario el fortalecimiento de las redes de apoyo que faciliten a las madres la toma de decisiones y la organización de los cuidados. Es importante que las intervenciones realizadas promuevan la autonomía y la comunicación, comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos.

Redes de Apoyo

Se entiende a las redes como una estructura compleja de relaciones que se establecen o pueden potencialmente hacerlo entre diferentes actores. Cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución, se enriquece a través de las múltiples formas de relaciones que cada uno de los otros desarrolla. Las redes favorecen la reconstrucción del tejido social, reafirmando la identidad de los miembros de la sociedad y como una vía para construir una mayor integración social.

Se considera que las redes familiares son un grupo de personas miembros de una familia, vecinas/os, amigas/os y otras personas, vínculos que son capaces de aportar una ayuda o apoyo a un individuo o a una familia (Chadi, 2000).

La presencia de las redes en la vida cotidiana de las mujeres funciona como una fuente de contención y apoyo en el periodo de puerperio. A las pacientes que poseen alguna red familiar se les hace más fácil y llevadero continuar con sus tratamientos, porque tienen a alguien que las respalda, apoya y contiene en su adherencia a los mismos, acompañándolas en la organización de los cuidados y en las primeras etapas de desarrollo y crianza de sus niñas/os.

Para profundizar en esto propongo dos situaciones observadas en la inserción desarrollada:

Situación 1

La paciente atraviesa una situación de gran vulnerabilidad social y asimismo ha atravesado diversos episodios de descompensación de su salud mental. Se encuentra desempleada y no cuenta con ningún ingreso económico. Está acompañada de sus tíos en Buenos Aires. Se ha evaluado interdisciplinariamente que la misma necesita una red de apoyo que la acompañe en las primeras etapas de crianza y desarrollo de su hijo. Sus tíos se encuentran dispuestos a ofrecer a la paciente y a su hijo alojamiento, cuidados y acompañamiento para que ambos puedan sostener los controles de salud necesarios, así como apoyo material y afectivo con miras a que puedan desarrollar sus capacidades. La paciente se manifiesta de acuerdo con este arreglo.

De las entrevistas mantenidas surge que el bienestar del niño se encuentra supeditado al sostenimiento del arreglo de cuidado organizado entre su madre y la familia de su tía, así como del sostén de los tratamientos de salud mental por parte de la paciente, puesto que la misma no dispone de recursos económicos para la crianza del niño ni tampoco se encuentra en condiciones de afrontar esta responsabilidad sin apoyo de terceros. (Fragmento de Informe Social)

Del ejemplo mencionado, se observa como la actuación familiar puede ser una adecuada respuesta preventiva, terapéutica y rehabilitadora, además de accesible y factible en ocasiones. Desde el Servicio Social es importante plantear estrategias de intervención que lleven al fortalecimiento de las redes familiares, entendiendo por ésta no sólo a la familia biológica, sino también toda persona que esté dispuesta y cuente con los recursos necesarios para constituirse como persona de apoyo o referencia de las mujeres, como así también a recuperar la historia de vida de las mismas, con el objetivo de acompañar a la construcción de su autonomía. La intervención social se puede orientar hacia la posibilidad de eliminar el padecimiento producido por la fragmentación del lazo social, generando espacios de recreación de vínculos.

Aquí las estrategias de intervención están caracterizadas por el trabajo con las familias, analizando la red familiar que las contiene, fortaleciendo las relaciones y trabajando con las mismas en el diagnóstico de la paciente. A partir de la construcción del vínculo con las madres, se intentará indagar acerca de su identidad y el entorno familiar con el que cuenta.

Situación 2

Se observa que María atraviesa una situación de vulnerabilidad social, dada su situación de salud mental, sus antecedentes de violencia de género, la fragilidad socioeconómica y la ausencia de red

de apoyo y contención. A partir de las intervenciones realizadas por el Servicio Social, se sugiere la posibilidad de un hogar madre/niño al momento del egreso hospitalario, con el fin de priorizar el vínculo materno/filial. (Fragmento de Informe Social)

Este segundo ejemplo refleja la situación de una mujer que no cuenta con redes sociofamiliares que la contengan y apoyen. A pesar de que el cuidado debe ser considerado un derecho y por tal razón debería ser garantizado por el Estado a través de sus políticas públicas e instituciones, históricamente se ha transferido a las familias la responsabilidad del cuidado. Por lo tanto la escasez de políticas públicas que garanticen el derecho al cuidado y la escasez de instituciones y programas que acompañen a estas mujeres repercute fuertemente en la vida cotidiana de las mismas. En la situación número 2, las estrategias de intervención se ven acotadas, se intenta apelar a dispositivos tales como el ingreso a un hogar madre-hija/o, priorizando el vínculo materno-filial y reorganizar alguna red con los recursos de las políticas.

Tratamientos de Salud Mental

Las mujeres con padecimiento mental tienen el derecho a recibir tratamiento y a ser tratadas con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria (Ley 26.657, Art 7).

Se pueden mencionar las dificultades que enfrentan las mujeres al momento de tener que realizar un tratamiento en salud mental. En principio, el sistema de turnos que consiste en llamar a la línea 147, presenta dificultades de acceso para las/los pacientes. A partir de relatos de las pacientes, se desprende que transcurren muchas horas esperando que las atiendan y no necesariamente cuando sucede, consiguen turno con la/el especialista que precisan. Siendo importante remarcar que no todas las mujeres que se atienden en el hospital cuentan con los recursos necesarios para realizar el llamado, dificultando aún más el acceso al sistema de salud. Esto demuestra cómo se vulneran los derechos que garantiza la ley: la misma afirma que son derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención, la simplicidad y rapidez en turnos y trámites y respeto de turnos y prácticas y a su vez garantizar el acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta

sanitaria a las diversas necesidades (Ley Básica de Salud de Buenos Aires, 153).

Pero a su vez es significativo preguntarse, ¿Qué posibilidades concretas tienen estas mujeres de realizar los tratamientos? Cuando muchas veces no cuentan con red de contención y apoyo, debiéndose ocupar del cuidado de sus niñas/os y de las tareas domésticas, sumando a ello que algunas de ellas se encuentran atravesadas por situaciones de precariedad económica y laboral. ¿Qué momento en sus vidas cotidianas encontrarán que puedan dedicarlo exclusivamente para ellas y el control de su salud?

En diversas situaciones que he observado, en las cuales intervino el Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, se ha realizado un acta acuerdo a aquellas madres con padecimiento mental que han egresado con sus niñas/os. Una de las condiciones para el egreso es mantener el tratamiento de salud mental. En torno a esto, Ramos (2013) escribe sobre la accesibilidad al tratamiento de salud mental de las mujeres y explicita las principales barreras que atraviesan las mismas, siendo las principales la falta de tiempo, los trámites institucionales, la imposibilidad de costearlo y la dificultad de disponer de cuidado para las/los hijas/os.

Desde los organismos de niñez se controla que se cumpla la condición de realizar un tratamiento pero sin brindarles el acompañamiento para que estas mujeres puedan realizarlo. En relación a lo mencionado, Faur (2014) trae el concepto de "mujeres malabaristas". Este concepto refleja las múltiples responsabilidades que asumen las mujeres en la actualidad y cómo las políticas públicas descansan en estos verdaderos malabares que de forma cotidiana realizan las mujeres, siendo escasos los recursos que brindan la ayuda necesaria para que las mujeres puedan ejercer la maternidad con plenitud y responsabilidad.

Durante mi rotación se observó el interés de diversas mujeres con padecimiento mental de ejercer la maternidad. Pero este hecho no se ha tenido en cuenta en las políticas de salud mental ni en el diseño de programas de rehabilitación que sí se han centrado en otras necesidades como el alojamiento o el trabajo.

Intervención desde una mirada integral y con perspectiva de género

Hay situaciones en las cuales la problemática de salud mental envuelve otras problemáticas, siendo necesario

intervenir en estas situaciones complejas desde un abordaje interdisciplinario, visualizando los determinantes sociales del padecimiento subjetivo y así poder promover una efectiva prevención y promoción en Salud Mental. De acuerdo a la ley vigente de Salud Mental, se parte de la premisa de que la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Desde mi experiencia he visibilizado la dificultad de un trabajo interdisciplinario; exceptuando salvedades, predomina la fragmentación del sujeto y la ausencia de una mirada integral. A su vez frecuentemente prevalece la ausencia de una estrategia en común dentro del mismo hospital con otros servicios y con los organismos de niñez. Se observa como la "integralidad" y "corresponsabilidad" en muchos casos se desvanecen cuando prevalece la urgencia del egreso.

Sin embargo, en términos de la Ley 26.061 (2005) de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, resulta contradictorio mirar a las/los niñas/os de forma aislada de su familia, dado que, como expresa la ley, las medidas que conforman la protección integral se extenderán a la madre y al padre durante el embarazo, el parto y el período de lactancia, garantizando condiciones dignas y equitativas para el adecuado desarrollo de su embarazo y la crianza de su hija/o (Ley 26.061, Art 18).

Por lo planteado considero de vital importancia que nuestras intervenciones sean realizadas desde una perspectiva de género, dejando de lado el carácter instintivo de la maternidad para pensarla como una función en permanente construcción y transformación.

Asimismo considero pertinente problematizar nuestras propias intervenciones, donde en ocasiones dejamos de lado las figuras paternas, trabajando mayormente con madres, abuelas y hermanas sin evidenciar que continuamos reproduciendo un tipo de familia ideal, soportado en las espaldas de las mujeres. Es esencial poder desarmar este modelo para revelar las múltiples formas de ser familia, visibilizando alternativas de organización de los vínculos familiares, otras formas de convivencia, otras sexualidades y otras maneras de llevar adelante las tareas de la procreación y la reproducción. Así también, enfatizar y trabajar en la coparentalidad, estableciendo pautas para la crianza compartida y estimulando la responsabilidad mutua de ambos padres.

Aquí entonces el desafío es cuestionar las construcciones de género que operan en los diferentes escenarios de intervención profesional y avanzar en la comprensión de las particularidades que adoptan los ejercicios de la maternidad que se alejan de los estereotipos de género, como es el caso de madres con padecimiento mental. A su vez, desde el Trabajo Social es posible contribuir al proceso en donde se considere a las mujeres como sujetos autónomos, con necesidades propias y desde una perspectiva de salud integral, partiendo siempre en nuestras intervenciones desde la premisa fundamental de presunción de capacidad de todas las personas con padecimiento mental.

Consideraciones Finales

Como he planteado a lo largo del presente trabajo, se continúan visibilizando prácticas de control que buscan regular las maternidades, especialmente en aquellas mujeres madres con padecimiento mental. En estas situaciones hay un cuestionamiento de la capacidad de maternaje por el mero hecho de tener un diagnóstico de padecimiento mental. Se observa que el diagnóstico de salud mental se sigue percibiendo como un estigma, un

supuesto de peligrosidad y una construcción estática e inmutable en el tiempo.

Se piensa en qué prácticas desde el Trabajo Social permiten contribuir a la autonomía de las mujeres, observando la particularidad de cada situación y construyendo estrategias que permitan el fortalecimiento de las redes de apoyo que faciliten la toma de decisiones y la organización de los cuidados. A su vez, se reflexiona sobre el rol que cumplen las redes familiares en la vida cotidiana de las mujeres, para dar cuenta de su alcance, y qué tipo de respuesta constituyen.

Asimismo, se procura ver qué impacto tiene la escasez de políticas públicas que garanticen el derecho al cuidado y la escasez de instituciones y programas que acompañen a estas mujeres en la crianza y desarrollo de sus hijas/os.

Se observa que las mujeres encuentran obstáculos y dificultades a la hora de acceder al tratamiento en salud mental, siendo necesario problematizar estas barreras de accesibilidad desde una perspectiva de género, interviniendo desde un abordaje interdisciplinar e integral de la salud.

Bibliografía

Chadi, M. (2000). *Redes sociales en el trabajo social*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Espacio.

Faur, G. (2016). *Mitomanías de los sexos las ideas del Siglo XX sobre el amor, el deseo y el poder que necesitamos desechar para vivir en el siglo XXI*. Siglo XXI.

Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.

González, Y. Á. (2004). *Desarmar el modelo mujer-madre*. Debate feminista, 3 (30), p. 35-54.

-Molina, S. (2014). *El mito del instinto maternal y su relación con el control social de las mujeres*. (Trabajo final de grado). Universidad de la República, Uruguay.

Ramos, J. (2013). *Salud mental, prevención y trastornos mentales graves y persistentes*.

Vaqui Rodríguez, S; Stiepovich, B. (2010). *Cuidado informal un reto asumido por la mujer*. En: Revista Scielo. Chile. En 16 Agosto.

Fuentes documentales (leyes, documentos históricos, etc)

Ley N° 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010). Argentina.

Ley 26061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. (2005). Argentina.

Ley N° 153 Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (1999). Modificada por: Ley No 5.462, BOCBA N° 4811 (2016). GCBA. CABA.