

Miradas sobre la intervención

Salud Mental y Mujeres gestantes y/o con hijos/as. Reflexiones sobre la intervención del Trabajo Social

**Esteban Damián Martín^a, Lorena Andrea Avellaneda^b
y Ana María Gómez Meneses^c**

Fecha de recepción: 1 de junio de 2019
Fecha de aceptación: 18 de junio de 2019
Correspondencia a: Esteban Damián Martín
Correo electrónico: estebanmartin119@gmail.com

- a. Licenciado en Trabajo Social (UNLaM). Maestrando en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Docente Universidad de Buenos Aires, Cátedra Política Social. Miembro de la Comisión Directiva Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social CABA.
- b. Licenciada en Trabajo Social (IUPFA). Especialización en Políticas y Gestión en Salud Mental. Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires. Profesora en Trabajo Social (UNSal). Miembro de la Comisión Directiva Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social CABA.
- c. Licenciada en Trabajo Social, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín - Colombia. Magister en Políticas Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Doctoranda en Ciencias Sociales UBA. Miembro de la Secretaría de Relaciones Interinstitucionales e Internacionales del Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social CABA.

Adscripción institucional: los/as autores/as son Trabajadores/as Sociales del Hospital Dr. Braulio Moyano.

Resumen:

En el presente artículo proponemos introducir algunas reflexiones en torno a las intervenciones desde el Trabajo Social con las mujeres gestantes y/o con hija/os, atravesadas por un padecimiento mental y que se encuentran internadas en un Hospital de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.

Estas situaciones generan más interrogantes que certezas y nos obliga a realizar una revisión histórica respecto de la trayectoria del Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental y en el abordaje psicosocial con familias.

Se hará énfasis en la importancia de los abordajes integrales, lo metodológico, lo ético político y la perspectiva de género que implementamos como Trabajadores/as Sociales en la intervención cotidiana con personas gestantes y/o con hijo/as. Pensar intervenciones que den respuestas en forma integral no es tarea sencilla, por lo cual requerimos de diagnósticos sociales comprensivos para identificar las capacidades y dificultades que presentan las personas asistidas

Palabras clave: Trabajo Social - Salud Mental- Mujeres gestantes.

Summary

In this article we propose to introduce some reflections on the interventions from Social Work with pregnant women and / or with children, crossed by a mental illness and who are interned in a Mental Health Hospital of the City of Buenos Aires.

These situations generate more questions than certainties and oblige us to make a historical review respecting the trajectory of Social Work in the Field of Mental Health and in the psychosocial approach with families.

Emphasis will be placed on the importance of the integral approaches, the methodological, the political ethic and the gender perspective that we implement as Social Workers in the daily intervention with pregnant people and / or with children.

Thinking about interventions that give answers in an integral way is not an easy task, for which we require comprehensive social diagnoses to identify the capacities and difficulties that the people assisted present.

Key words: Social Work - Mental Health - Pregnant women.

Introducción

Para quienes trabajamos en el ámbito de la salud mental, una de las situaciones más frecuentes y difíciles de abordar se presenta cuando las usuarias de los servicios de salud mental tienen hijos a cargo o desean, como parte de su proyecto de vida, tener hijos; además, y no con poca frecuencia, asistimos a personas transitando embarazos no planificados e incluso producidos en el marco de situaciones de violencia sexual.

Ante estas situaciones, se plantean cuestiones que van más allá de la técnica, lo ético y las estrategias de intervención; entran en juego valores y experiencias personales; que ponen a prueba los principios y la filosofía de los modelos de abordaje.

Este trabajo en particular está orientado a las experiencias de intervención con mujeres con padecimientos mentales, dado que es la población específica que asistimos en nuestro lugar de trabajo, un Hospital de Salud Mental dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En este punto, es importante resaltar que además de asistir mujeres, el que dicha Institución sea un efector público, implica la consideración de otras características de las usuarias que complejizan el proceso de atención.

En general asistimos mujeres con problemáticas de salud mental de alta complejidad, provenientes de sectores populares con serias dificultades económicas y habitacionales, que pertenecen a familias atravesadas por múltiples problemáticas y en muchos casos sin refe-

rentes afectivos o con redes vinculares fracturadas dada la dificultad de las familias para comprender, aceptar y adaptarse a las dificultades inherentes a los padecimientos mentales. (Nicolini Segovia, M.; Allocati, S.; Sosin, L.; Avellaneda, L., 2012)

En el presente artículo serán utilizados los términos “mujer” y “mujer gestante” haciendo la salvedad que las/os autores adscriben al término personas gestantes terminología que no se ha utilizado dado que a la fecha no se han realizado intervenciones en gestaciones con usuarias/os gestantes autopercibidas/os dentro del colectivo LGTBIQ.

Asimismo, corresponde aclarar que el término usuaria/os se toma de la terminología utilizada por movimientos de defensa de derechos de salud mental quienes “Han elegido autodenominarse como “usuari@s”, para diferenciarse de “pacientes”. En su opinión, usuarios plantea una equivalencia con actividad y capacidad de construcción, a diferencia de pacientes que connotaría pasividad y espera. Se deduce que han tomado el término usuario en su definición más esencial: quien hace uso de un servicio. Al definirse de esta manera, descartan hacerlo por tipos de “enfermedad” o “patología” y utilizan la denominación “padecimiento mental” (Stolkiner, 2019)

Trabajo Social y Salud Mental

Para avanzar en el objetivo de este artículo, nos parece necesario retomar el origen y las características de las intervenciones de nuestra profesión en el campo de la salud mental.

En primer lugar, resulta significativo recordar que la intervención social en el campo de la salud y la salud mental fue una de las primeras prácticas que realizó el trabajo social desde sus orígenes entre los años 1903-1905 en EE. UU.

Es en el Hospital General de Massachussets de Boston, donde se crea el primer Departamento de Trabajo Social, puesto que se ve la necesidad de tener en cuenta los aspectos sociales que rodean a la enfermedad; J. Beder citado por C. Garcés (2010: 4), pensaba que “las condiciones económicas, sociales, familiares y psicológicas eran la causa de muchas condiciones que los pacientes presentaban cuando llegaban al hospital”. Cabot, médico clínico y Director del Hospital General de

Massachusset, organizó la institución como un hospital moderno nombrando a Ida M. Cannon como Jefa del Departamento de Trabajo Social.

Copiando sus ideas se organizaron más de 100 hospitales distribuidos en todo el país, por ello en 1913 ya había Departamentos de Trabajo Social en todos los Hospitales modernizados.

Mary Potter Brooks, la primer Trabajadora Social especializada en psiquiatría de norteamérica, estaba casada con el Dr. Adolph Mayer, quien fue el iniciador de los movimientos críticos de la psiquiatría y el introductor de las ideas de Freud en los EEUU, planteamientos que eran muy diferentes a los de Krapelin. Mientras que para este el origen de las enfermedades mentales eran endógenas y se fundamentaba en la organogénesis, para Meyer el origen era exógeno, con base en la psicogénesis y la sociogénesis. Meyer fue una figura importante del Movimiento de Higiene Mental.

El Movimiento de Higiene Mental (Goldaracena, 2018) pretendió la superación del viejo paradigma manicomial organizando la asistencia post- manicomial del enfermo mental, educando y concientizando al pueblo sobre lo que era la enfermedad mental, haciendo hincapié en la dimensión social de la enfermedad mental. Entendiendo que esta se originaba debido a las condiciones de vida e higiene de los obreros, es decir, por los conflictos inherentes a la sociedad moderna industrializada.

La Higiene Mental (Goldaracena, 2018) se llevaba a cabo a través de actividades encaminadas a posibilitar el equilibrio del sujeto con su entorno social y cultural, intentando prevenir el surgimiento de comportamientos que no se adaptasen al funcionamiento social y garantizar el ajuste psicológico para que los sujetos gozasen de buena salud mental a través de un tratamiento biopsicosocial.

Tras la Primera Guerra Mundial, desde el Movimiento de Higiene Mental las explicaciones biologicistas sobre el origen endógeno de las enfermedades mentales se consideraron insuficientes. Por todo ello, según Rosen (1974:330-346): “Aquí estaría la explicación de la confluencia entre la asistencia social y la psiquiatría, en el Movimiento de Higiene Mental (...) No se puede entender totalmente a un ser humano, a menos que se le considere en su contexto social y cultural, como miembro de un grupo concreto, de un sistema social y de unas instituciones”.

La cuestión es que el Trabajo Social nació como una disciplina y como una profesión formando parte del mismo proyecto que las Ciencias Sociales, para entender los cambios que la revolución industrial trajo consigo, pero además con una identidad característica que no es otra que la intervención. El Trabajo Social nace para intervenir, para modificar la realidad desde el conocimiento científico. Un profesional que desde la ciencia entienda los factores sociales del proceso salud-enfermedad y actúe sobre ellos.

Es ante la necesidad de comprensión y abordaje de las problemáticas sociales complejas y concretamente en el marco de la intervención psicosocial como el Trabajo Social encara su proceso de construcción de identidad profesional.

Haciendo referencia a Travi (2012), quien ha desarrollado amplio marco teórico respecto a la profesionalización del Trabajo Social y a visibilizar los aportes de nuestras pioneras, señala que estas advirtieron tempranamente que la "ayuda" económica o material para paliar situaciones de pobreza no era suficiente por sí sola, si pretendía contribuir a la autonomía de las personas, a la independencia económica, a la toma de decisiones responsables y a la resolución de los problemas sociales. Por lo tanto, ya a principios del siglo XX nos advertían que la "asistencia", para ser efectiva, requería de ciertas condiciones: una concepción del sujeto en sus múltiples dimensiones; la combinación de estrategias de carácter universal y reconocimiento de las trayectorias individuales; un encuadre legal e institucional que permitiera garantizarlo; profesionales comprometidas/os, altamente calificadas/os para lograr un "tratamiento social" integral y eficaz; el reconocimiento de la desigual carga de responsabilidades domésticas y de oportunidades laborales de las mujeres en situación de pobreza entre otras condiciones.

Octavia Hill, pionera del Trabajo Social sostenía la importancia de concebir al sujeto desde una mirada integral, y que el diagnóstico social incluyera además de los aspectos materiales y económicos, sus deseos, aspiraciones, proyectos, las pasiones, las esperanzas y la historia de las personas en una triple dimensión temporal: pasado, presente y futuro. (Hill, citada en Richmond, 2005, p. 8). A su vez, debía estar orientando a la intervención, al desarrollo pleno de las potencialidades de los sujetos, permitiendo "sacar a la luz sus posibilidades latentes". Así, el enfoque que incluye, integra y relaciona dinámicamente no sólo los aspectos económicos y materiales,

sino el entorno social (familiar, comunitario, institucional), los aspectos subjetivos, psicológicos, espirituales en el marco de una situación problema, y que a su vez permite identificar "los espacios para posibles soluciones" es lo que Mary Richmond denomina Diagnóstico Comprehensivo. (Travi, 2012)

Mary Richmond en *Social Diagnosis* (1917: 434), también acentuaba la importancia de los aspectos sociales en el campo de la salud mental, "la insania y la debilidad mental nos llevan más lejos aún de lo que nos lleva el alcoholismo, a internarnos en el territorio en el cual los datos médicos y los sociales no se pueden separar tácitamente".

Ya en el año 1917, Mary Richmond, en su libro *Diagnóstico Social*, sugiere el tratamiento de familias completas y previene acerca de los riesgos de aislar a las familias de su contexto natural. Desarrolla el concepto de 'coherencia familiar' indicando que el grado de vinculación emocional entre los miembros de una familia es un determinante crítico de las capacidades de ésta para sobrevivir. También reconoce que las familias existen en un particular contexto social que las influencia interactivamente y a su vez es influenciado por ellas (Velásquez, 2004)

Una de las características sustanciales en el quehacer del Trabajo Social, es considerar que la familia siempre ha sido objeto de análisis e intervención, constituyendo un punto de partida y de llegada para cualquier tipo de abordaje, orientando así todas las acciones hacia el desarrollo de los recursos internos individuales y de la familia.

Así, el "carácter distintivo del Trabajo Social" consiste en su esfuerzo permanente por considerar al hombre como "un ser social, que se mueve dentro de una variedad de pautas culturales" (Hamilton, 1960:83)

Desde la década de los años 60, una de las figuras emblemáticas del Trabajo Social, Gordon Hamilton, sostenía que los asistentes sociales debían prepararse para la psicoterapia, debido a que nos encontramos permanentemente con trastornos, frustraciones y traumas que surgen de la vida familiar y social, y debemos tratar con estas problemáticas. (Hamilton, 1967)

Otro aporte a la profesión en el campo terapéutico del Trabajo Social es Gisela Konopka, quien sostenía que el trabajo social con grupos es un método que ayuda a

las personas a través de las experiencias grupales significativas para aumentar su funcionamiento social y hacer frente a sus problemas personales, sus problemas grupales o los problemas de la vida pública. (Konopka, 1969)

Intervenciones con mujeres gestantes y/o con hijos/as atravesadas por padecimientos mentales

En el marco de los procesos de intervención con esta población, nos posicionamos como profesionales que buscan una comprensión holística de las situaciones que atraviesan las personas con padecimiento mental, entendiendo que las tareas de gestación y crianza de las/os hijas/os son eventos significativos del ciclo vital personal y familiar.

Si bien el Trabajo Social no es la única profesión que trabaja con las familias, es una de las primeras disciplinas en haber reparado en ellas como expresión concreta y dinámica de la vida social, convirtiéndose la intervención individual y familiar en niveles básicos de intervención de la profesión. (Eroles, 2005: 81)

Desde nuestra experiencia reconocemos que para las *mujeres gestantes o con niñas/os a cargo* con padecimiento mental y sus familias, el atravesamiento de un padecimiento en salud mental en uno o más de sus miembros implica una crisis para el sistema familiar que necesariamente implica reajustes en las tareas, los roles, los límites, etc. (Quintero Velásquez, 1997: 5) y esto afecta significativamente las condiciones de vida y de reproducción de la vida de los sujetos asistidos y sus familias.

Entran aquí en juego todas las estrategias en el marco del proceso de intervención con las usuarias y sus familias. Estas intervenciones pueden activarse por: demanda espontánea, participación en las evaluaciones interdisciplinarias de ingreso, identificación de problemas en el marco de las evaluaciones sociofamiliares habituales, derivación del caso por otros profesionales.

El abordaje de estas situaciones corresponde a un proceso metodológico que incluye el Diagnóstico Social, la planificación de las acciones y la ejecución para la transformación de la situación problema identificada. En este marco nos reconocemos como profesionales promotores de transformaciones para la superación de

problemáticas sociales y situaciones que generan padecimiento.

Respecto a las intervenciones específicas con *mujeres gestantes con padecimiento en salud mental* resulta importante poder arribar a un diagnóstico social comprensivo cuyo enfoque incluye e integra y relaciona dinámicamente no solo los aspectos económicos y materiales sino el entorno social (familiar, comunitario, institucional) los aspectos subjetivos psicológicos espirituales en el marco de una situación problema y que a su vez permite identificar “los espacios para posibles soluciones” (Travi: 2002)

Travi (2002) señala que es necesario identificar, describir y analizar en forma integral los factores, frecuencias, situaciones y conductas de riesgo que operan como desencadenantes de situaciones de vulnerabilidad social. Es imprescindible dar cuenta a su vez tanto de los obstáculos o factores que inciden negativamente sobre las situación problema, como los aspectos positivos factores resilientes o protectores (personales, familiares, vinculados, institucionales, comunitarios, etc.)

Campanini, respecto a la evaluación diagnóstica, señala que el Trabajador Social encara un proceso constante de formulación de hipótesis logrando la construcción de una explicación plausible de las relaciones observadas en la realidad. También se establecen los objetivos de cambio y las acciones necesarias para perseguirlos como también la correspondiente identificación de los recursos disponibles para lograrlo; siendo el punto de referencia del proyecto de intervención. (2012: 137)

Una vez realizado un diagnóstico social de la situación, se procede a realizar un plan de trabajo, el cual se irá evaluando y modificando de ser necesario según la particularidad de cada caso. En tal sentido, se implementan una serie de encuentros con la usuaria, su familia, su contexto social, instituciones y organismos intervinientes y por, sobre todo, con su/s hijo/s. Allí se implementarán diferentes herramientas y técnicas a fin de ir ejecutando lo planificado. Se trabajará en la incorporación y desarrollo de competencias de crianza y cuidado saludables que garanticen el bienestar integral de los/as niños/as.

Barudy (2010) desarrolla categorías de abordaje para estas situaciones, entre ellas menciona: apego, empatía, afectividad, estimulación, protección, educación, entre otras. En todo momento se trabajará la construcción de

un sistema de apoyo que contribuya a sostener y fortalecer el vínculo materno-filial, tal como lo establecen los tratados internacionales en materia de discapacidad y los marcos legales nacionales de salud mental.

Reflexiones desde nuestra experiencia de intervención

En nuestra práctica cotidiana nos sumamos a la comprensión de los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva crítica y transformadora; *entendemos que la enfermedad y la atención de esta constituyen hechos estructurales en toda sociedad; expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir (Menéndez, 2005: 9)*; por ende, no es posible simplificar la atención en salud mental al manejo médico y psicológico del cuadro, se hace necesario abordar los complejos entramados relacionados a la enfermedad y el contexto del individuo (su realidad económica, previsional, social, cultural y familiar)

Queremos insistir en la complejidad del campo de la Salud Mental y por ende de las múltiples dimensiones relativas a la sociedad y a la realidad de los sujetos directamente relacionadas con cómo una sociedad define el derecho a la salud en general y a la salud mental en particular:

La salud mental resulta una temática compleja, se debe tener en cuenta la multiplicidad de elementos que confluyen, entre ellos diferentes representaciones sociales que ponen en juego prácticas individuales y colectivas, familiares e institucionales, en diversos contextos socioeconómicos, políticos, culturales e ideológicos.

La salud mental se constituye, por lo tanto, no como un objeto aislado sino dentro del desarrollo de la vida cotidiana, es un concepto positivo que se vincula con los recursos comunitarios, personales, como así también con las capacidades físicas y psicológicas.

Por consiguiente, dado que la Salud como bienestar trasciende la idea de formas puramente biológicas, tiene un impacto en la misma la prevención y promoción de la salud, confluyendo estas con las áreas de comunicación, educación, cultura, trabajo, recreación como parte del Derecho a la Salud. (Nicolini Segovia, M.; Allocati, S.; Sosin, L.; Avellaneda, L., 2012)

Adoptamos la distinción originaria de la antropología médica entre la enfermedad y el padecimiento. El primer término da cuenta del concepto construido por la biomedicina para aludir a las anormalidades en la estructura y/o función de los órganos o sistemas, así como a los estados patológicos, sean o no reconocidos culturalmente. En cambio, entendemos por padecimiento la forma como los sujetos y/o miembros de su red social más cercana perciben, interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de esta. En este sentido, decidimos utilizar la designación de padecimientos crónicos más que de enfermedades. (Mercado – Martínez, Róbles Silva y Otros, 1999:179)

Nuestra práctica cotidiana, atravesada también por un contexto de transición de un modelo tutelar a un modelo social en salud mental (Petrella, 2016), dialoga en los términos generales de personas en situación de padecimiento mental lo que podría pensarse como menos estático y cierta impronta de situación no permanente. *Sopesando esta posición deseable en pos de la construcción de igualdad y no estigmatización, en la búsqueda de ampliación de prácticas y tipos de intervenciones; "en tanto atender problemas como impulsar transformaciones en la convivencia y en la organización social" (Di Carlo:2001)*

Teniendo en cuenta estas consideraciones, y en el marco de nuestras intervenciones con mujeres gestantes o con niña/os a cargo resulta esencial incorporar en el análisis la perspectiva de Género, la cual sostiene que *las relaciones de género tienen sus efectos de producción y reproducción de la discriminación, adquiriendo expresiones concretas en todos los ámbitos de la cultura: el trabajo, la familia, la política, las organizaciones, el arte, la salud, la ciencia, la sexualidad, la historia (Gamba, 2008)*

Entendemos que el género es una categoría que hace alusión al conjunto de características y conductas atribuidas a los varones y las mujeres (Money, 1955); y las relaciones de género o sistemas de género, se refieren al conjunto de características particulares, sociales y culturales que se constituyen históricamente como femenino y masculino a partir de la diferencia sexual anatómico fisiológica y que dan sentido a las relaciones entre personas sexuadas (Mujeres Juana Azurduy, 2011:18; De Barbieri, 1990 en Gamba, 2008)

Las reflexiones en torno al género permiten identificar las consecuencias y significados que tiene en una sociedad determinada pertenecer a cada uno de los sexos y, siguiendo las orientaciones de Susana Gamba (Gamba,

2008), adoptar la Perspectiva de Género como referente en investigaciones y análisis de las prácticas profesionales implica:

- Reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros y que en general son favorables a los varones como grupo social y discriminatorias para las mujeres.
- Que dichas relaciones han sido creadas social e históricamente y son constitutivas de las personas.
- Que las mismas atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales como las de clase, etnia, preferencia sexual y religión.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones de orden epistemológico, surge de nuestra praxis el reconocimiento de que la maternidad aparece en las usuarias del hospital como un deseo y un mandato social, en ambos casos identificamos en ello una forma de identificación y construcción de su identidad como mujer y lo más significativo como mujer “normal”, siendo en algún punto un factor protector ante el estigma social que acompaña a los padecimientos mentales y que pese al esfuerzo de los paradigmas críticos aún no se ha podido deconstruir.

Otro aprendizaje desde nuestra experiencia es que las mujeres con padecimientos mentales son más vulnerables al riesgo de tener que transitar por procesos de gestación no deseados, ya sea porque no cuentan con recursos subjetivos que les permitan tomar decisiones y ejercer sus derechos respecto a su salud sexual y reproductiva, o por los altos riesgos de ser víctimas de violencia sexual.

Una de las principales dificultades que se nos presenta, tiene que ver con aquellas situaciones donde las/os personas asistidas presentan dificultades para dimensionar lo que implica el proceso de gestación y de cuidado y crianza de los hijos; por ejemplo cuando hablamos de parejas institucionalizadas, o personas con consumo problemático de sustancias, o aquellas que se han encontrado en estado de descompensación de su patología de base al momento y en el trayecto gestacional.

Estas situaciones nos obligan a extremar los cuidados de nuestras intervenciones y garantizar evaluaciones y diagnósticos exhaustivos que permitan la identificación de las mejores estrategias para asistir a estas mujeres y

a sus familias y muy particularmente garantizar el bienestar integral de los más vulnerables, en estos casos la mujer con padecimientos mentales y el reconocimiento del interés superior del niño.

Reconocemos la ausencia de políticas sociales y de salud integrales para las mujeres atravesadas por padecimientos mentales graves, que claramente se traduce en la inexistencia de dispositivos de salud adecuados a sus características y necesidades. Obligando a los profesionales de la salud en general y a los Trabajadores Sociales en particular, a casi improvisar estrategias asistenciales para garantizar el bienestar de estas mujeres y sus familias.

En este punto también nos parece necesario reconocer lo que podríamos describir como una desconexión entre las políticas de salud mental y las políticas de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes; en nuestro quehacer diario encontramos fuertes obstáculos en la articulación con las entidades garantes de los derechos de los niños.

Estas cuestiones requieren de un exhaustivo análisis y de una metodología ajustada; lo que nos obliga a encarar el debate entre los paradigmas, marcos normativos y sistemas que nos proporciona el estado, un debate en el que deben primar los derechos de las personas, sin dejar de evaluar los riesgos.

Pensarlo y hacerlo en el momento oportuno, con la mayor cantidad de miradas posibles, poder tener “un tiempo” hasta que la mujer gestante se encuentre compensada/o considerar posibilidades de crianza distintas a las exigencias del sistema, las cuales son determinadas por un modelo patriarcal y heteronormativo.

No obstante, es imperioso internalizar que existen y pueden darse situaciones que en razón de las características del padecimiento, puede poner en riesgo el bienestar integral del niño/a. Este reconocimiento, no implica de ninguna manera estigmatizar o negar la capacidad de estas mujeres, pero nos obliga a un estudio minucioso de cada situación particular para poder identificar las potencialidades, reducir significativamente los riesgos, potenciar el bienestar para la mujer gestante y su hijo/a.

Reflexiones finales

El Trabajo Social es una profesión fundamental en el campo de la Salud Mental, ya que incorpora la visión de cómo los complejos entramados sociales se expresan en

las condiciones de vida de los sujetos atravesados por padecimientos mentales.

Específicamente, en los procesos de atención a mujeres con padecimientos mentales, brinda una mirada amplia del contexto social en el que están insertas y las capacidades personales, familiares y comunitarias que posibilitarían el ejercicio del rol materno. A la vez que facilitan la identificación de aquellas situaciones donde no es posible favorecer la conservación del vínculo materno filial con diagnósticos exhaustivos que permitan establecer las mejores estrategias para garantizar el bienestar de la usuaria y sus hijos.

Sumado a lo anterior es una profesión llamada a aportar desde su experiencia a la revisión de los sistemas de atención y a contribuir con el diseño e implementación de políticas sociales integrales, acordes a las demandas y necesidades de estas mujeres.

Por último tenemos que reconocer que es necesario avanzar en investigaciones específicas sobre estas temáticas, debido a que a nivel nacional existen pocos estudios al respecto, siendo entonces necesario el estudio exhaustivo de esta problemática para contribuir desde nuestro ámbito profesional al campo de la salud mental.

Bibliografía

- ADASU (2014) Documento. Sistemas de cuidados. Discapacidad. En: Construcción con sistema de cuidados. Etapa de debate. www.adasu.org
- Barudy J. y Dartagnan M. (2010). Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias parentales y la resiliencia parental. Editorial Gedisa. Barcelona.
- Castronovo, R. (2004). Transdisciplinariedad y especificidad en la intervención profesional. Puja o complementariedad. Paper. Buenos Aires.
- De Almeida Filho, N. (2007). Por una epidemiología con (más que) números: como superar la falsa oposición cuantitativo - cualitativo. En: Salud Colectiva, vol. 3, n. 3, p 229 – 233. Revista de la Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires.
- Di Carlo y Equipo (2001). Papeles Científicos de Trabajo Social. La Comprensión como Fundamento del Servicio Social. Facultad de Cs de la Salud y Servicio Social. Universidad de Mar del Plata. Buenos Aires.
- Di Carlo y Equipo (2002). Bases de la metodología del Servicio Social. La comunicación racional crítica. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Fundación Paideia. Mar del Plata. Buenos Aires.
- Di Carlo y Equipo (2002). Trabajo Social Persona. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Fundación Paideia. Mar del Plata. Buenos Aires.
- Gamba, S. (2008). ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género? En: Diccionario de Estudios de Género y Feminismo. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Gordon Hamilton, A. (1960) Teoría y Práctica de Trabajo Social de Casos. (1ra. Ed. 1940). México: Ed. Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A.de C. V. México.
- Hamilton, G. (1967) Psicoterapia y Orientación. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Konopka, G. (1969) Trabajo en grupo social: un proceso de ayuda. Weinheim.
- Menéndez Eduardo (2005) El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Salud Colectiva, vol. 1, n. 1, p 9-32. Revista de la Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires.
- Mercado Martínez, S.; Robles Silva, L.; Ramos Herrera, I. y Otros (1999). La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre el pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. En: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(1), enero – marzo 1999, p 179 – 186. Brasil.
- Nicolini Segovia, M.; Allocati S.; Sosín, L. y Avellaneda, L. (2012). Intervención en problemáticas sociales desde un hospital monovalente de Salud Mental. En: Fotheringham, Marcela (Coord.) (2012). Los terrenos pantanosos del Trabajo Social. Problemas, campos y dispositivos sociales. Ediciones Universidad del Salvador. Serie: Historia y Sociedad. Buenos Aires.
- Revista de Trabajo Social y Salud N° 60. (2008) Ensayos de Medicina Social. La función de la Inspectora a domicilio. Richard C. Cabot. Factores económicos y sociales que influyen la salud y la enfermedad. Mariano Bellogin García. Editorial Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
- Travi, B. (2006) La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social. Reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro y el informe social. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Goldaracena, F. I. (2018). Trabajo Social Psiquiátrico. Reivindicaciones de la dimensión social en salud mental. Nau Llibres.
- Travi, B. (2012) El Diagnóstico y el proceso de intervención en Trabajo Social: hacia un enfoque comprensivo. En Ponce de León, A. Krampotic, C. (Coord.). Trabajo Social Forense. Balances y perspectivas. Editorial Espacio. Fragmentos. Buenos Aires.
- Velázquez, Q. (1997) Trabajo social y procesos familiares. Lumen-Hvmanitas. Buenos Aires.
- Velásquez, Q. (2004). El trabajo social familiar y el enfoque sistémico. Lumen- Hvmanitas. Buenos Aires.
- Stolkiner, Alicia (2019) Revista electrónica de psicología. Intersecciones.

