

Artículos seleccionados

Trabajo Social en la sala de Obstetricia. Límites y oportunidades para la intervención profesional.

Micaela Morina*

Fecha de recepción:	11 de marzo de 2019
Fecha de aceptación:	22 de mayo de 2019
Correspondencia a:	Micaela Morina
Correo electrónico:	micaela.morina@gmail.com

*. Licenciada y Prof. de Enseñanza Media y Superior en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social del Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resumen:

El presente artículo hace referencia a la experiencia de intervención profesional desarrollada en la sala de Obstetricia en el marco de la Residencia en Trabajo Social en el Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni, ubicado en el sudoeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En primer lugar, se describe la modalidad de trabajo del equipo de trabajadoras sociales interviniente en la sala mencionada. Desde una perspectiva de género, se problematizan las interconsultas médicas, en las que las mujeres suelen ser reducidas a su dimensión de madres, invisibilizándose otros aspectos de sus vidas, potencialidades y proyectos. A tal fin, se tienen

en cuenta distintos aportes teóricos acerca de las responsabilidades con respecto al cuidado atribuidas a las mujeres y asumidas por ellas. Se relatan algunas intervenciones realizadas con mujeres puérperas, que se toman como disparador para el análisis. Se reflexiona en torno a las oportunidades de intervención del Trabajo Social que surgen a partir de la llegada de las mujeres al hospital por el nacimiento de una hija o un hijo. En ese sentido, se consideran los límites y las posibilidades para la intervención profesional que se producen en la institución, focalizando particularmente en la relación del Servicio Social con otros servicios o dispositivos del hospital.

Palabras clave: Sala de Obstetricia - Trabajo Social - intervención profesional.

Summary

The article refers to the professional intervention experience developed in the maternity ward of Donación Francisco Santojanni general hospital, which is located in the southwest of Buenos Aires City, within Social Work's Residency. At first, the way of working of the team of social workers that carry out their work in maternity ward is described. Interconsultations from medical services are reviewed through a gender perspective, focusing on the fact that women are usually only seen as mothers, without paying attention to other dimensions of their lives, potentialities and projects. For that purpose, different theoretical contributions regarding care responsibilities assigned to women and assumed by them are taken into account. Some interventions with postpartum women are an input for the analysis. The article reflects on opportunities of intervention for Social Work that emerge when women get to hospital because of a child's birth. In that sense, institutional limits and possibilities for professional intervention are considered, focusing on the relationship between Social Service and other services or programs that take place in hospital.

Key words: Maternity ward - Social Work - professional intervention.

Introducción

El tema de mi artículo se enmarca en la experiencia de intervención profesional desarrollada en la sala de Obstetricia del Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni, en el marco de la Residencia de Trabajo Social. La propuesta es tomar como disparador algunas intervenciones realizadas con mujeres puérperas. Buscaré problematizar las interconsultas, en las que las mujeres suelen ser reducidas a su aspecto de madres (o a lo vinculado con el consumo, en el caso de aquellas mujeres en situación de consumo problemático de sustancias), invisibilizándose las potencialidades, proyectos y otros aspectos de las historias de las mujeres. Reflexionaré también acerca de las oportunidades de intervención del Trabajo Social que surgen a partir de la llegada de las mujeres al hospital por el nacimiento de un hijo. Mi trabajo se posicionará desde una perspectiva de género.

Considero que abordar en el presente trabajo la experiencia mencionada permitirá dar cuenta de algunos

aspectos de la relación del Servicio Social con otros servicios del hospital, incluyendo posibilidades de articulación, límites y oportunidades para la intervención profesional.

Trabajo social en las salas de obstetricia y neonatología
En primer lugar, haré referencia al espacio donde se ha desarrollado la intervención: el Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni, situado en el barrio de Liniers, en el sudoeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por su ubicación, junto a la población porteña acceden al hospital muchos usuarios y usuarias provenientes de la zona oeste de la provincia de Buenos Aires, en especial del partido de La Matanza.

La estructura edilicia del Hospital Donación Francisco Santojanni se encuentra organizada en un área de Consultorios Externos, un área de Internación, la Guardia General y la Guardia Obstétrica, dentro del mismo edificio, que tiene cinco pisos. El hospital ofrece distintos servicios que brindan la posibilidad de internación: Pediatría, Obstetricia, Neonatología, Clínica Médica, Te-

rapia Intensiva, Terapia Intermedia, Ginecología, Traumatología, Cirugía General, Neurocirugía, Cardiología, Unidad Coronaria y Shock Room. Estos servicios ofrecen un total de 319 camas.

Vale resaltar que el Hospital Santojanni es un efector de alta complejidad, con fuerte desarrollo en el área materno-infantil. Según información publicada por el organismo de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 2015 fue uno de los efectores del GCBA con más partos realizados (un total de 3.198). El Servicio de Obstetricia, ubicado en el primer piso, cuenta con 60 camas de internación. En cuanto a Neonatología, se dispone de 30 cunas entre terapia intermedia y terapia intensiva.

Después del parto o cesárea, los bebés pasan sus primeros días de vida junto a sus madres en habitaciones de internación conjunta en la sala de Obstetricia. Allí reciben sus primeros controles de salud. Entre ellos se incluye el Programa de Pesquisa Neonatal (PPN), que se lleva adelante para detectar de forma precoz la presencia de algunas enfermedades congénitas.

El equipo de Servicio Social que trabaja en las salas de Obstetricia y Neonatología interviene principalmente a partir de interconsultas de las médicas y los médicos -de planta y residentes- que se presentan sobre todo durante la internación de las mujeres, pero también durante los controles prenatales en el Centro Obstétrico. Asimismo, se tiene en cuenta la información brindada por las enfermeras, quienes tienen el contacto más frecuente con las mujeres internadas. En ocasiones, la intervención comienza a partir de la articulación con las trabajadoras sociales de los Centros de Salud y Acción Comunitaria del área programática, que informan que alguna de las mujeres que se atienden en el CeSAC dará a luz en el hospital.

A su vez, las trabajadoras sociales que conforman el equipo están a cargo de distintos programas estrechamente relacionados con las salas en cuestión. Dos de las profesionales integran el Comité de ITS y trabajan con las mujeres con diagnóstico de sífilis. Además, una de ellas es parte del dispositivo de acompañamiento a madres y padres adolescentes en el Hospital de Día Pediátrico. Otra colega es referente del Programa de Prematuros y del Programa de Chagas. Dos trabajadoras sociales participan en el Programa de Infectología de Adultos e intervienen en las situaciones de mujeres embarazadas o puérperas que viven con VIH, trabajando

en conjunto con colegas del Programa de Infectología Pediátrica.

Por otra parte, semanalmente desde la residencia se realizan talleres o charlas grupales en las habitaciones. En dichas actividades, se hace alusión a la etapa de puerperio, se indaga acerca de la lactancia materna, se brinda información sobre derechos sexuales y reproductivos -consultando acerca de sus decisiones o dudas en cuanto a los métodos anticonceptivos-, se orienta con respecto a los trámites de la partida de nacimiento y el DNI y se estimula a que pregunten lo que quieran saber.

Las interconsultas al Servicio Social

De acuerdo a lo relatado por las profesionales, el equipo que interviene en las salas de Obstetricia y Neonatología fue trabajando a lo largo de los años en la construcción de los criterios de interconsulta al Servicio Social. En esa dirección, se buscó llegar a acuerdos con los servicios médicos correspondientes.

Cabe señalar que el equipo ha elaborado un formulario de interconsulta a Servicio Social dirigido a los Servicios de Obstetricia y Neonatología. El mismo incluye un apartado denominado “Motivo de interconsulta”, en el que se enumeran una serie de motivos, a fin de que el o la profesional que convoque la intervención del Servicio Social pueda seleccionar uno entre las opciones. Los motivos mencionados son: VDRL +, Chagas, PIC (un código que permite resguardar la confidencialidad del diagnóstico de VIH), V.F. (violencia familiar), consumo de sustancias, escaso control del embarazo, embarazo en la adolescencia, adopción, salud mental, situación de calle, ausencia de red familiar / comunitaria, orientación para acceso a recursos, parto domiciliario, alta hospitalaria voluntaria y otras. Además, el formulario contiene un apartado destinado a la descripción de la situación. Resulta interesante mencionar que algunas de las categorías tienen aclaraciones que el equipo consideró necesario realizar, a partir de la experiencia previa de las interconsultas y articulaciones con los servicios médicos. En particular, la categoría “Embarazo en la adolescencia” detalla que se refiere a mujeres hasta los 15 años. Según lo transmitido por las colegas, esta puntualización se debe al hecho de que años atrás, el Servicio Social solía recibir interconsulta por todas las mujeres embarazadas o puérperas menores de 20 años internadas en la sala de Obstetricia, por lo que decidieron problematizar esta práctica instalada en los servicios médicos. Por otro

lado, la categoría "Salud mental" aclara que la interconsulta debe ser posterior a la evaluación del Servicio de Salud Mental.

Teniendo en cuenta los motivos de las interconsultas recibidas por el equipo durante mi rotación, es posible hallar ciertas regularidades. Uno de mis supuestos es que de manera habitual, lo que motiva la interconsulta tiene que ver con la preocupación por las posibilidades que tendrá la mujer de cuidar a la persona recién nacida al egresar del hospital. Por lo tanto, considero pertinente reflexionar sobre la mirada a las mujeres por parte de los equipos de salud que intervienen en Obstetricia y Neonatología.

Mujeres, maternidad y responsabilidades con respecto al cuidado

En el siguiente apartado, se recuperarán algunos conceptos que pueden resultar interesantes para pensar en las responsabilidades relacionadas con la maternidad que son asignadas a las mujeres por parte de las y los profesionales o que son asumidas por las mismas mujeres. Entre ellos, cabe mencionar los siguientes: el concepto de cuidado, el de género, el de familia -desde la perspectiva de Bourdieu-, el de domesticidad, el de familiarización y las nociones de lo público y lo privado. De acuerdo con Marco Navarro y Rico (2013), el cuidado abarca aquellas tareas dirigidas a generar bienestar en las personas, reciban o no remuneración. Dichas actividades comprenden aspectos materiales, económicos, morales y emocionales. Todos podemos recibir cuidados en distintas circunstancias vitales, no solo quienes son dependientes en algún grado (niños y niñas, adolescentes, personas con discapacidades o ciertas enfermedades crónicas, adultos mayores)

La problemática del cuidado se inscribe en el tema de la provisión de bienestar. Al respecto, resultan importantes los aportes de Adelantado, Noguera, Rambla y Sáez (1998), quienes aluden a cuatro esferas de la actividad social -distinguidas en términos analíticos- que pueden brindar bienestar: la esfera mercantil, la estatal, la doméstico-familiar y la relacional.

En este punto, corresponde analizar cómo las familias proveen bienestar a sus miembros. Adelantado y otros (1998) plantean que la esfera doméstico-familiar remite a aquellas acciones de cuidado personal llevadas a cabo

en el marco de los hogares o de la reciprocidad implicada en los lazos de parentesco. Dicho trabajo no es remunerado, a pesar de que tiene carácter económico, aspecto que suele opacarse. Incluye no solo lo que se hace estrictamente dentro del hogar sino también la articulación con el mercado o el Estado mediante el consumo o el acceso a los servicios públicos.

Los autores hacen referencia a la división sexual del trabajo -reforzada a través de la socialización y relaciones de dependencia, a partir de la cual se entiende que son las mujeres quienes deben ocuparse del cuidado y los varones quienes son más aptos para proveer ingresos. Martínez Franzoni (2005) destaca que dicho esquema se presenta en todos los regímenes de bienestar, incluso en los países centrales. Con respecto a América Latina, diversas autoras (Marco Navarro y Rico, 2013; Martínez Franzoni, 2005) sostienen que las tareas de cuidado recaen principalmente en las mujeres, sean las personas a cuidar dependientes o autónomas (como los trabajadores varones)

Para problematizar la realidad descrita, se tomará como punto de partida la definición de género desarrollada por Scott (1993), compuesta por dos proposiciones interrelacionadas. Según la autora, "el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder" (Scott, 1993: 23)

Conway, Bourque y Scott (1998) plantean que los sistemas de género son un medio de organización social que oponen el varón a la mujer y lo masculino a lo femenino en términos binarios y en un orden jerárquico. Lamas (2003) también sostiene que el concepto de "género" se refiere a la división de la vida en esferas masculinas y femeninas.

De acuerdo con Scott (1993), como aspecto constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias entre los sexos, la categoría de género abarca cuatro elementos, estrechamente vinculados. El primero tiene que ver con los símbolos disponibles en la cultura, que remiten a representaciones múltiples, y a veces contradictorias.

El segundo alude a conceptos normativos que buscan limitar las posibles interpretaciones de los símbolos. Dichos conceptos componen "doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que afirman categórica y unívocamente el significado de varón y mujer,

masculino y femenino” (Scott, 1993: 23). En esa dirección, necesitan rechazar o reprimir otras posibilidades, lo que en algunas ocasiones da lugar a disputas abiertas. En relación con las formas en que la cultura expresa las diferencias entre los sexos, Lamas (2003) alude a la noción de papeles sexuales, los cuales incluyen las actitudes, los valores y las expectativas que una sociedad concibe como femeninos o masculinos. Siguiendo a la autora, los papeles sexuales marcan una participación diferente de varones y mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas.

Asimismo, Lamas recupera los aportes de Lévi-Strauss (citado en Lamas, 2003), quien sostuvo que las sociedades piensan sus divisiones internas con el esquema conceptual que separa la naturaleza y la cultura. Se trata de categorías que significan por su opuesto (por ejemplo, lo femenino versus lo masculino). Según Lamas, las mujeres han sido asimiladas a lo natural y los varones a lo cultural. Esto implica que si una mujer no quiere ser madre ni ocuparse de las tareas domésticas, se la considera antinatural.

Volviendo a la definición de Scott (1993), el tercer elemento de las relaciones de género enumerado por la autora hace referencia a las instituciones y organizaciones sociales. Scott se opone a quienes utilizan el género únicamente en relación con el sistema del parentesco, tomando al hogar y a la familia como bases de la organización de la sociedad. En una línea similar, Conway, Bourque y Scott (1998) plantean que diversas instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas interactúan en la elaboración de los modos de comportamiento que se consideran adecuados para mujeres y varones, que es una función muy importante de la autoridad social.

Adelantado y otros (1998) hablan de familiarización para referirse a los mecanismos que trasladan responsabilidades desde el Estado, el mercado o el sector voluntario hacia las familias, mientras que la “desfamiliarización” consiste en el movimiento opuesto, es decir, cuando los recursos provistos por las familias pasan a ser provistos por el Estado, el mercado o las organizaciones no gubernamentales. Martínez Franzoni (2005) utiliza este último concepto como un prisma para observar hasta qué nivel la obligación de proveer bienestar deja de recaer en las familias (y por esa vía, en las mujeres). Una política social familiariza, por ejemplo, cuando naturaliza que la mujer se encargue del cuidado de los bebés y los niños. En cuanto al concepto de familia, es interesante retomar

lo desarrollado por Bourdieu (1998), quien recupera la definición dominante: “Conjunto de individuos emparentados entre sí, ya sea por la alianza, el matrimonio, la filiación, la adopción (parentesco) y que viven bajo un mismo techo (cohabitación)”.

El discurso hegemónico contiene además ciertos supuestos. Por un lado, se presenta a la familia como una realidad que trasciende a sus miembros. Por otro, se plantea que ésta existe como un universo social aparte, sagrado y separado del exterior, donde se suspende el interés en sentido estrecho y prevalecen el don y la confianza.

Según el autor, la familia es a la vez una ficción y una realidad social, en tanto es una institución reconocida colectivamente. En una relación dialéctica entre acciones y representaciones, “la familia como categoría social objetiva (estructura estructurante) es el fundamento de la familia como categoría social subjetiva (estructura estructurada)”.

Veamos ahora cómo se producen los sentimientos que aseguran la cohesión entre los miembros de una familia. Bourdieu hace referencia a un “trabajo de institución”, tanto simbólico como práctico, que constituye a la familia en una entidad estable y constante, resistente a los vaivenes. Junto a aquel trabajo de construcción “puertas adentro”, en las sociedades modernas, el Estado resulta el principal constructor de categorías oficiales según las cuales se estructuran las poblaciones. A través de las codificaciones presentes en los diseños de políticas sociales, como también a través de las operaciones ligadas al estado civil, el Estado produce y reproduce a la institución familia como una de las unidades sociales más reales.

La visión pública está comprometida en nuestra visión de lo doméstico. Podemos revisar, entonces, la clásica dicotomía entre los ámbitos “público” y “privado”.

Resultan valiosos los aportes de Rabotnikoff, quien da cuenta de la modificación histórica de los límites entre lo público y lo privado, los cuales además suelen no presentarse con claridad.

Murillo (1996) relata que, a lo largo de la historia, el varón ha podido transitar legítimamente tanto el ámbito público como el privado (entendiendo a la privacidad, en su caso, como la retirada de un espacio público para disponer de un tiempo propio)

En cambio, la mujer no goza de plenos derechos en el ámbito público, y su vida privada queda, en realidad, atada a las vicisitudes de lo doméstico.

Murillo hace hincapié en el concepto de domesticidad como disposición (tempranamente aprendida) a dar respuesta a las necesidades ajenas.

Hay que destacar aquí a las redes de parentesco, como elemento que contribuye a la naturalización de las convenciones sociales. Esto se ve en la presión que sufren las niñas y mujeres más jóvenes en pos de su asimilación a los modelos tradicionales.

Por último, Scott (1993) considera que la identidad subjetiva es el cuarto elemento del género. Al respecto, Lamas (2003) plantea que existe un proceso de adquisición del género, lo que implica que la asunción de las características supuestamente "femeninas" o "masculinas" se produce mediante un complejo proceso individual y social.

Teniendo en cuenta los aportes teóricos desarrollados, considero que el contenido de las demandas planteadas al Servicio Social a través de las interconsultas no resulta ajeno a las maneras en que la cultura y las instituciones asignan a las mujeres las principales responsabilidades en relación con el cuidado de los niños. A la vez, la maternidad y el cuidado son asumidos como proyecto subjetivo por muchas mujeres, lo que motoriza su regreso al hospital para los controles médicos del bebé y su vínculo con los equipos de salud, produciéndose así una oportunidad para la intervención.

El relato de experiencias desarrolladas en la sala de Obstetricia permitirá profundizar lo planteado.

Experiencias de intervención profesional

Con respecto a las situaciones que tomaré como disparador, haré alusión a dos mujeres con quienes el equipo tuvo intervención. Una de ellas se encontraba en situación de consumo problemático de sustancias, lo que motivó la interconsulta del equipo médico. Asimismo, haré referencia a la situación de una mujer de 15 años que conocimos a partir de una interconsulta del Servicio de Neonatología en relación con su hijo recién nacido, planteada en términos de ser "hijo de madre adolescente". Ambas mujeres serán denominadas con nombres

ficticios para resguardar la confidencialidad de la información.

A la hora de analizar las experiencias descriptas, tendré en cuenta algunos aportes que permitirán reflexionar sobre la intervención profesional. En esa línea, recuperaré los conceptos de demanda (Rozas Pagaza), autonomía relativa (Iamamoto) e institucionalización (Niremberg, Brawerman y Ruiz)

A continuación, describiré las situaciones y principales intervenciones realizadas.

En primera instancia, haré referencia al proceso de intervención con Carla, una mujer de 32 años. Conocimos a Carla en una internación que se produjo en el mes de agosto de 2017, cuando ella cursaba un embarazo de 36 semanas. La intervención comenzó a partir de una interconsulta del Servicio de Obstetricia en relación con su situación de consumo de pasta base. Carla también se encontraba realizando un tratamiento por su diagnóstico de sífilis. A fin de contextualizar la intervención que relataré, cabe señalar que dos integrantes del equipo interviniente en Obstetricia y Neonatología, la Lic. Soncini y la Lic. Faraone, han realizado una sistematización de las situaciones de consumo problemático de sustancias en mujeres, embarazadas o púerperas en las que el Servicio Social intervino durante el año 2017. Según plantean en un trabajo que da cuenta de dicha sistematización, entre enero y octubre de 2017, el Servicio Social del hospital "recibió once pedidos de interconsulta por parte del equipo médico, solicitando evaluación de la situación sociofamiliar de mujeres en situación de consumo problemático de sustancias en el contexto de su embarazo o puerperio inmediato" (Soncini y Faraone, 2017: 1). Con respecto a la sustancia de consumo, las mujeres entrevistadas por el equipo refirieron consumo problemático de cocaína, marihuana, clonazepam y pasta base. Esta última sustancia fue la única referida por cinco de las mujeres.

Tres trabajadoras sociales abordamos la situación de Carla. Ella fue internada nuevamente en septiembre. En ese momento, dio a luz a una niña, que en este trabajo llamaré Camila. La internación duró aproximadamente 2 semanas, debido al diagnóstico de sífilis de Carla y al correspondiente tratamiento preventivo que se le realizó a Camila.

Las trabajadoras sociales llevamos adelante entrevistas grupales e individuales a Carla. Vale señalar que una de

las entrevistas que mantuve con Carla constituyó la primera entrevista individual que pude realizar durante mi rotación en el hospital. En aquella oportunidad, la pregunta acerca del libro que Carla estaba leyendo dio lugar a conversar sobre su hija mayor -quien le había llevado el libro-, su gusto por la lectura y facilidades para el estudio. De esta manera, Carla se conectó con su propia trayectoria educativa, relatando que le iba bien en la escuela aunque dejó de estudiar ante su primer embarazo, que luego hizo un curso para ser chef y pudo trabajar en cocina, con anterioridad a encontrarse más implicada en la situación de consumo. El diálogo me permitió conocer potencialidades de Carla que no se visualizaban en el contenido de la interconsulta al Servicio Social, como así también fortalecer el vínculo con ella. Como recuerda Susana Cazzaniga (1997) al desarrollar su propuesta acerca del abordaje desde la singularidad, es importante de poner el foco en las potencialidades (y no solo carencias o faltas) de los sujetos con quienes intervenimos, junto con entender su singularidad en relación con determinaciones particulares y universales.

Por otro lado, entrevistamos a la madre de Carla, principal referente del grupo familiar que se presentó en el hospital. Indagamos acerca de sus posibilidades de contribuir al cuidado de Camila. Teniendo en cuenta los aportes teóricos desarrollados, el hecho de que la madre de Carla ejerza el mencionado rol de referente se vincula con el lugar que suelen ocupar las mujeres en relación con el cuidado de sus hijos y otros miembros de su familia. Las profesionales del Servicio Social intentamos desnaturalizar aquella configuración de roles, explorando en las entrevistas con Carla si hay otras personas que puedan acompañarla en el cuidado y en la atención de su propia salud. Al mismo tiempo, sin ir en desmedro de dicha problematización, recurrimos a la persona que ella efectivamente toma como referente, que es su madre.

Además, acompañamos a Carla en la gestión de la partida de nacimiento.

En cuanto a la lactancia, el Servicio de Obstetricia había definido utilizar un inhibidor, debido a los análisis de laboratorio que daban cuenta de la situación de consumo de Carla. Cuando los estudios mostraron que Carla no había consumido en el marco de la internación, desde el Servicio de Neonatología sugirieron que Camila fuera alimentada con leche materna. Dado que Carla nos planteó en las entrevistas su deseo de amamantar a su hija, las trabajadoras sociales nos comunicamos con

personal de Enfermería, quienes le brindaron orientación para que intentara comenzar el amamantamiento. El hecho de que haya sido necesario hacer esa articulación desde Servicio Social permite observar ciertas resistencias de otros servicios a fomentar la lactancia materna en el caso de una mujer con antecedentes de consumo de sustancias, a pesar de que en el hospital se llevan adelante iniciativas e instancias de formación tendientes a promover el amamantamiento. En este sentido, puede suceder que se mantenga la inhibición de la lactancia materna aunque los estudios muestren que se discontinuó el consumo, sin tener en cuenta los efectos favorables de la misma, tanto para la alimentación como para el vínculo entre la madre y el bebé. De este modo, la mujer en situación de consumo problemático es vista de una manera reduccionista, dejando de lado su deseo de amamantar. Retomando lo planteado por Marco Navarro y Rico (2013), puede pensarse al amamantamiento como una tarea de cuidado, que se encuentra dirigida a producir bienestar. En dicha tarea, además del alimento, se ponen en juego aspectos emocionales, que no parecen ser considerados cuando se obstaculiza la lactancia más allá de que hayan cesado los riesgos para la salud del bebé relacionados con el consumo. De acuerdo a lo planteado por Soncini y Faraone, la forma de alimentación del niño o la niña “debería ser una indicación del equipo de salud a partir de una discusión interdisciplinaria sobre la relación riesgo/beneficio, teniendo en cuenta los siguientes factores: a) funcionamiento materno, b) funcionamiento del lactante y c) toxicidad asociada con la sustancia o sustancias utilizadas. Sin embargo, en ocasiones, las indicaciones (lactancia o inhibición de la misma) suelen definirse de manera unilateral” (2017: 4). Las indicaciones del equipo de salud pueden analizarse a partir de los aportes de Conway, Bourque y Scott (1998) en relación con el rol de diversas instituciones de la sociedad en la elaboración de los modos de comportamiento aceptables para mujeres y varones. De esta manera, podría pensarse que la inhibición de la lactancia tiene cierto carácter de sanción hacia una mujer que, al encontrarse en una situación de consumo, no se adecua a la conducta que algunos profesionales esperan de una madre.

En relación con la situación de consumo problemático de sustancias, desde el Servicio Social se articuló con el equipo de adicciones del Hospital Álvarez. Luego de presentarse a una entrevista de admisión, Carla comenzó a asistir a un dispositivo grupal, sosteniendo la participación de manera intermitente durante algunas semanas.

Asimismo, durante la internación Carla fue atendida por profesionales del Servicio de Salud Mental, quienes le indicaron Clonazepam para que pudiera dormir mejor, ya que ella había referido tener pesadillas relacionadas con la abstinencia. El equipo le entregó una receta para que pudiera retirar el medicamento en la farmacia del hospital y contar con el mismo durante las primeras semanas posteriores al alta. Vale resaltar que una de las intervenciones realizadas por las colegas en las instancias de internación de Carla consistió justamente en sugerirle al equipo médico de residentes de Obstetricia que interconsulten al Servicio de Salud Mental por la situación de consumo de sustancias.

A comienzos de noviembre, Carla se presentó en el Servicio Social un día que había traído a Camila a un control de salud. Mantuvimos una entrevista en la que planteó que había tenido su primera recaída en el consumo desde el nacimiento de su hija. Carla planteaba que se le había terminado la caja de Clonazepam que había retirado al finalizar la internación y que nuevamente le estaba costando descansar adecuadamente de noche. Ante esta demanda, consideré la posibilidad de plantear su situación en el Servicio de Salud Mental, que consulté con una de las referentes de planta. Entonces, concurrí a dicho servicio. Allí una psicóloga verificó que la atención a Carla por parte del Servicio de Salud Mental había sido registrada en el libro de internación e informó la dosis que le habían recetado. En ese momento, no había psiquiatras en el servicio para poder consultarlos. Por lo tanto, le planteé a Carla que nos comunicaríamos con ella cuando tuviéramos novedades. Además, conversamos sobre su interés de realizar un tratamiento en otro espacio, dado que Carla comentó que había dejado de asistir al dispositivo en el Hospital Álvarez, que no la convenía tanto la modalidad de abordaje grupal y que le resultaba lejano a su domicilio.

Por otra parte, en dicha ocasión, junto a una colega del equipo de Obstetricia la orientamos para que pudiera gestionar leche maternizada para Camila en el partido de La Matanza (donde Carla y su familia viven)

En la misma semana, el equipo que abordaba la situación de Carla decidió volver a intentar una articulación con el Servicio de Salud Mental para que pudieran acompañarla, teniendo en cuenta que a su situación de consumo, se añadía la vulnerabilidad que caracteriza la etapa de puerperio. Las colegas consideraron que si esto se lograba, se podía solicitar también un acompañamiento de otras mujeres púperas en situación de consumo pro-

blemático de sustancias con las que venían trabajando. Se conversó con un psiquiatra que tiene experiencia en consumo problemático de sustancias, quien acordó con la propuesta realizada por el equipo de Servicio Social y consultó a la jefa del Servicio de Salud Mental si contaba con su autorización para atender a las mujeres púperas en situación de consumo, logrando su aval.

Carla mantuvo una entrevista inicial con el psiquiatra a mediados de noviembre, en la cual una trabajadora social del equipo fue invitada a participar. El psiquiatra explicó el encuadre del tratamiento y la perspectiva de reducción de daños con la que trabaja, intentando llegar a acuerdos con Carla. Las consultas fueron discontinuadas después de este primer encuentro, dado que Carla no se presentó al siguiente turno que le asignaron ni aceptó la propuesta de facilitarle el acceso a un nuevo turno. Sin embargo, en febrero de 2018, ocasión en la que Carla trajo a su hija Camila a controles pediátricos en el hospital, se presentó en Servicio Social y mantuvimos una entrevista, en la que planteó su intención de retomar las consultas con el psiquiatra.

En segundo lugar, describiré la experiencia de intervención con Lucila, una adolescente de 15 años internada en la sala de Obstetricia.

A comienzos de 2018, recibimos una interconsulta del Servicio de Neonatología-Internación Conjunta en referencia al hijo de Lucila, quien en el marco de este trabajo será denominado con un nombre ficticio, Tomás. La interconsulta designaba a Tomás con la categoría "hijo de madre adolescente". Asimismo, daba cuenta de la edad de la joven, de las semanas de gestación y del peso del recién nacido. Puede señalarse que las representaciones del equipo médico en torno a la maternidad y el cuidado entran en juego desde el momento previo a realizar la interconsulta. Si por lo general las trabajadoras y los trabajadores de la salud dan por sentado que las mujeres son las principales responsables del cuidado de los niños, en el caso de las adolescentes, esta expectativa parece confluir con una duda acerca de la posibilidad que tendrán de ejercer dicho rol de una manera considerada "satisfactoria". En ese sentido, lo que motoriza la interconsulta usualmente tiene que ver con el interés por conocer si hay personas adultas que acompañarán a la joven en el cuidado y la crianza.

Después de leer la historia clínica -donde estaba registrada la realización de consultas prenatales- concurrí a la habitación a fin de conocer a Lucila y mantener

una entrevista. Durante la misma, indagué acerca de la situación socioeconómica de Lucila, su red familiar, la relación con su pareja, el embarazo (en cuanto a su planificación o no), los controles prenatales, el uso de métodos anticonceptivos y su trayectoria educativa. Por otra parte, conversé con respecto a una situación de salud del bebé que preocupaba a Lucila. De acuerdo a lo expresado por la joven, inferí que contaba con acompañamiento familiar y de su pareja -un joven de 18 años- y que el embarazo no había sido planificado pero ella sí consideraba posible que ocurriera y había sido aceptado por ambos. Al mismo tiempo, en el relato de la joven emergieron algunos elementos que daban cuenta de una situación de vulnerabilidad socioeconómica y educativa. Por un lado, Lucila refirió que su novio había comenzado a trabajar de manera informal como verdulero para poder mantener a la pareja y al recién nacido, aunque a su vez señaló que contaba con el apoyo de su madre y familiares de su pareja. Los conceptos desarrollados permiten prestar atención a algunos aspectos, entre ellos, que la pareja organiza sus responsabilidades según un esquema tradicional de división sexual del trabajo, en el que la mujer es la principal responsable del cuidado y el varón es quien provee ingresos. Asimismo, el hecho de que la madre de Lucila sea mencionada como la principal figura de su red de apoyo también es coherente con la realidad de que en nuestra sociedad, las responsabilidades con respecto al cuidado son asignadas a las familias -pudiendo hablarse de familiarización- y, dentro de ellas, son atribuidas a las mujeres. Cabe señalar que el hecho de que las mujeres adolescentes cuenten con el acompañamiento de su madre suele resultar tranquilizador para los profesionales del equipo de salud, lo que es coherente con las representaciones de género hegemónicas acerca de las mujeres como las personas más aptas para proveer cuidado, tanto a sus propios hijos como a los hijos de otras integrantes del grupo familiar (por ejemplo, sus nietos)

Por otro lado, en alusión a la trayectoria escolar de ella y su novio, Lucila mencionó que ambos habían cursado hasta el último grado del nivel primario, discontinuando la escolaridad luego. Al preguntarle sobre su intención de retomar los estudios, Lucila afirmó que quería comenzar la secundaria, pero lo pospuso ante el embarazo. Cabe recordar aquí la noción de domesticidad desarrollada por Murillo (1996), que brinda elementos para comprender la disposición de la joven para postergar otros proyectos para priorizar el embarazo. Recuperando los aportes de Scott (1993) y Lamas (2003), las opciones tomadas por Lucila -tanto con respecto a

la posibilidad de un embarazo como en cuanto a su escolaridad- dan cuenta de un proceso de adquisición del género, a través del cual la joven asumió un proyecto supuestamente femenino como tener un hijo y dedicarse centralmente a su cuidado, construyendo su identidad subjetiva en torno a dicho proyecto. En el marco de la entrevista, le brindé información a Lucila con respecto a sus derechos en caso de decidir continuar los estudios (en particular, el régimen especial de inasistencias para estudiantes embarazadas o madres)

Por otra parte, le planteé a Lucila la posibilidad de ingresar al dispositivo de acompañamiento a madres y padres adolescentes en el Hospital de Día Pediátrico. Dicha propuesta le resultó interesante; incluso, hizo referencia a que le había gustado contar con el acompañamiento de una trabajadora social durante su embarazo, cuando fue atendida en otro hospital de la CABA.

El día siguiente, le brindé orientación para tramitar la partida de nacimiento del bebé, planteándole la importancia de actualizar su propio DNI con anterioridad.

Luego de estas primeras intervenciones, las trabajadoras sociales decidimos las líneas de acción. Definimos que el principal objetivo residía en vincular a Lucila con el dispositivo de acompañamiento a madres y padres adolescentes en el Hospital de Día Pediátrico. En ese sentido, concurrí al Servicio de Neonatología - Interacción Conjunta a fin de conocer cuándo sería el primer control de salud de Tomás y consultar si le habían ofrecido conectarla con el mencionado dispositivo de acompañamiento en el Hospital de Día Pediátrico. El neonatólogo me informó la fecha que se le dio a Lucila para la primera consulta médica del bebé y explicó que en esa ocasión, la joven debería presentarse en Hospital de Día Pediátrico para la extracción de sangre del bebé. Señaló que no la habían vinculado con el dispositivo de acompañamiento, ya que no sabía que seguía funcionando. Propuso entonces que dicha articulación fuera realizada por el Servicio Social.

En esa fecha, concurrí al Hospital de Día Pediátrico. Allí, la secretaria me informó que Lucila se había presentado al control médico. Explicó que cuando la madre es menor de 18 años (y no los cumple en el año en curso), puede ser incluida en el dispositivo para que el bebé tenga atención en Hospital de Día Pediátrico hasta los dos años de edad. También señaló que recientemente había entregado folletos sobre el dispositivo de acompañamiento a madres y padres adolescentes en el

Servicio de Neonatología. Propuso que le planteáramos a Lucila la posibilidad de presentarse en Hospital de Día Pediátrico cuando viniera a la próxima consulta médica, así le ofrecían incluirla en el dispositivo en cuestión.

Límites y oportunidades para la intervención profesional

Como punto de partida del análisis, me interesa remarcar la idea de que algunas demandas de actores de la institución pueden dar lugar a intervenciones de profesionales del Trabajo Social que permitan abordar aspectos de las vidas de las mujeres que no fueron tenidos en cuenta en las respectivas interconsultas, con propuestas que resulten progresivas y apunten a fortalecer derechos. Como señala Margarita Rozas Pagaza, “determinar cuál es la dimensión más profunda del seguimiento de la pista de las demandas (que en definitiva, es el seguimiento de las necesidades) es el aspecto fundamental de la especificidad en la intervención profesional y lo que la distingue de otras profesiones. El seguimiento de estas demandas, como expresión de necesidad, nos permitirá redefinir mejor el sobre qué, el para qué y el cómo y con quienes se debe desarrollar la intervención profesional. Pero, además, influyen en la redefinición de estrategias que garanticen el ejercicio profesional” (1998: 84)

De esta manera, considero que las interconsultas relacionadas con consumo problemático de sustancias, aunque en gran medida partan de una preocupación médica por el cuidado de la persona recién nacida, más que de una preocupación por la salud integral de la mujer puerpera, pueden dar lugar a la intervención profesional orientada en este último sentido. La intervención con Carla relatada da cuenta de lo llevado adelante por el equipo por establecer puntos de apoyo para fortalecerla en sus intentos de dejar de consumir pasta base. Desde ya, esto no implicaba dejar de lado los aspectos relacionados con la maternidad, entendiendo que están implicados los derechos de la recién nacida (por ejemplo, la partida de nacimiento), pero que también la maternidad es un proyecto de Carla que la intervención profesional puede acompañar. En esta dirección, el trabajo con los otros servicios y disciplinas presentes en el hospital cobra centralidad, como puede observarse en la intervención realizada en relación con la promoción de la lactancia materna.

En relación con las interconsultas que se refieren a los “hijos de madre adolescente”, si bien podemos pensar

que lo que subyace a la demanda del Servicio de Neonatología es un interrogante acerca de las posibilidades que tendrá la joven de cuidar al bebé, la interconsulta es un puntapié para trabajar con ella otras temáticas. Entre ellas, se destaca la posibilidad de retomar sus estudios, desde una perspectiva de derechos. En la situación de Lucila, ofrecer un acompañamiento particular a la joven en el marco del dispositivo en Hospital de Día Pediátrico puede constituir una estrategia en ese sentido, teniendo en cuenta su propio interés de ser acompañada por una trabajadora social y otras profesionales.

Vale resaltar que en este ejercicio de problematizar las demandas y definir líneas de acción se puede observar la dimensión ético-política de nuestra profesión. Siguiendo a Gustavo Parra, “la intervención profesional posee una intencionalidad ético-política”, es decir, es “guiada por valores y proyectos” (2002: 37), lo que implica que las trabajadoras sociales tomamos decisiones teóricas, ideológicas, políticas y éticas durante el ejercicio profesional.

Al mismo tiempo, resulta importante contemplar que la tarea se encuentra enmarcada por la situación de autonomía relativa en la que los trabajadores sociales concretan sus prácticas en las instituciones. Marilda Iamamoto afirma que “la institución no es un condicionante más del desempeño del Trabajador Social, sino que interviene como organizador de ese espacio” (2003: 82).

En el trabajo en la sala de Obstetricia, algunas de las limitaciones tienen que ver con la corta duración de las internaciones, la cantidad y el contenido de las interconsultas médicas. En el abordaje de determinadas situaciones relacionadas con el consumo problemático de sustancias, otra limitación tiene que ver con la disponibilidad de los profesionales del Servicio de Salud Mental para su abordaje. También se puede hacer alusión a los posicionamientos que rechazan el tratamiento de dicha problemática como parte de la salud mental y lo atribuyen a disciplinas como la Toxicología. En relación con la intervención con mujeres adolescentes puerperas, el dispositivo de acompañamiento en el Hospital de Día Pediátrico constituye una herramienta que la institución ofrece, mientras que su desconocimiento por parte de los médicos del Servicio de Neonatología implica un límite institucional para la intervención.

Al analizar las articulaciones con otros servicios del hospital que se intentaron en las situaciones que se tomaron como disparador, cabe recuperar la idea de “institucio-

nalización” que Niremborg, Brawerman y Ruiz (2006) mencionan como uno de los atributos estratégicos que resultan deseables en la intervención social. Las autoras hablan de institucionalización de un proyecto para referirse a cuando “los cambios o innovaciones incorporadas por ese proceso pasan a ser prácticas o modos regulares de intervención profesional de los actores y organizaciones involucradas” (2006: 40). Puede decirse que lo deseable es que la intervención profesional de las trabajadoras sociales, junto a otros profesionales de los equipos de salud, deje huellas en las instituciones y en los sujetos con los que se comparte el trabajo, contribuyendo a instalar prácticas que apunten a un abordaje integral de las situaciones abordadas, desde una perspectiva de derechos.

Desde este punto de vista puede valorarse el intento de articulación con un profesional del Servicio de Salud Mental, partiendo de una situación singular como la de Carla, y apuntando a establecer un acuerdo para facilitar la atención de otras mujeres puérperas en situación de consumo problemático de sustancias. Asimismo, en cuanto al dispositivo de acompañamiento a madres y padres adolescentes en Hospital de Día Pediátrico, cabe destacar los intentos de institucionalizar el espacio por parte de quienes se desempeñan allí, comunicándose a

tal fin con el Servicio de Neonatología. En la misma línea, se puede mencionar el hecho de que la invitación a dicho dispositivo ha sido incluida como un eje de las entrevistas realizadas a mujeres adolescentes puérperas por parte de las trabajadoras sociales. Cabe recordar aquí lo planteado por Spinelli (2010) con respecto a la autonomía que caracteriza la práctica de los trabajadores del campo de la salud, lo que da lugar a posibilidades de crear modos de intervención desde los propios servicios intervinientes, sin que siempre sea un requisito esperar las directivas de los niveles centrales.

A modo de cierre, señalaré que la intervención profesional encuentra tanto límites como posibilidades en una institución como un Hospital General de Agudos, y en salas de internación como las de Obstetricia y Neonatología. Las demandas planteadas al Servicio Social en las interconsultas, problematizadas a partir del posicionamiento ético-político de las trabajadoras sociales, pueden dar lugar a oportunidades de intervención profesional desde una perspectiva de derechos. Cuando a partir de dichos posicionamientos se apunta a una articulación con otros servicios del hospital, la intervención profesional puede potenciarse, desde una mirada con eje en la salud integral tanto de las mujeres como de las niñas y los niños.

Bibliografía

- Adelantado, J.; Noguera, J. A.; Rambla, X. y Saez, L. (1998). *"Las relaciones entre estructura y políticas sociales: una propuesta teórica"* en Revista Mexicana de Sociología Número 3, Universidad Autónoma de México, México.
- Bourdieu, P. (1998). *"Espíritu de familia"* en: María Rosa Neufeld et al: Antropología Social y Política. Hegemonía y Poder: El mundo en movimiento. Eudeba, Buenos Aires.
- Cazzaniga, S. (1997). *El abordaje desde la singularidad*. Facultad de Trabajo Social UNER (Universidad Nacional de Entre Ríos). Entre Ríos. Argentina.
- Iamamoto, M. (2003). *El Servicio Social en la contemporaneidad. Trabajo y formación profesional*. Cortez, Brasil.
- Lamas, M. (2003). *"La antropología feminista y la categoría género"*, en Lamas, Marta (Comp.): *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, PUEG, Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, pp. 97-125. México.
- Marco, F. y Rico, M. N. (2013). *"Cuidado y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional"*. En: Laura Pautassi y Carla Zibecchi (coordinadoras) *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*, Editorial Biblos, 2013, pp. 27-58. Buenos Aires.
- Martínez Franzoni, J. (2005). *Regímenes de Bienestar en América Latina: consideraciones generales e itinerarios regionales*. Revista Centroamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Vol. 4 N° 2. Buenos Aires.
- Murillo, S. (1996). *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. Siglo XXI, Madrid. España.
- Niremberg, O., Brawerman, J. y Ruiz, V. (2006). *Programación y evaluación de proyectos sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Parra, G. (2002). *"Los proyectos socio-profesionales en el Trabajo Social argentino. Un recorrido histórico"*. En VV. AA.: *Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social*. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Rabotnikoff, N. (2005): *En busca de un lugar común*. El espacio público en la teoría política contemporánea. UNAM- Cap. I: Los sentidos de lo público. México.
- Rozas Pagaza, M. (1998): *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social*. Cap. IV: El proceso metodológico en la intervención profesional. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Scott, J. (1993). *"El género: una categoría útil para el análisis histórico"*, en Cangiano, M. et Dubois, L. (Dir.). *De mujer a género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales*, CEAL. Buenos Aires.
- Soncini, A. y Faraone, L. (2017). Trabajo final realizado en el marco del *"Curso virtual de autoaprendizaje sobre consumo de alcohol y drogas en el embarazo. Impacto neonatal"*. Equipo docente: Dra. Silvia Cortese - Dra. Marina Risso. Dirección de Adicciones y Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional. Mayo a septiembre de 2017. Buenos Aires.
- Spinelli, H. (2010). *"Las dimensiones del campo de la salud en Argentina"*. En: Revista Salud Colectiva, 6 (3): 275-293, septiembre-diciembre. Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires

Documentos

- Estadística y Censos de la CABA (2018): *Partos realizados en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por tipo de parto según hospital*. Ciudad de Buenos Aires. Años 2005/2015. Fuente: Ministerio de Salud (GCBA). Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud. Disponible en: <https://www.estadistica-ciudad.gob.ar/eyc/?p=73090> . Consultado en abril de 2018.