

Maternidad y consumo problemático de sustancias: abordajes en un Hospital General de Agudos

Maternity and Problematic Substance Use: Approaches in a General Hospital for Acute Care

Doubik, Emilia

 Emilia Doubik

doubikemilia@gmail.com

Universidad Nacional de La Plata, Argentina

Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales

Universidad Nacional de La Plata, Argentina

ISSN: 2683-7684

Periodicidad: Frecuencia continua

núm. 36, e005, 2022

escenariosftsunlp@gmail.com

Recepción: 22 Septiembre 2022

Aprobación: 24 Octubre 2022

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/184/1843989041/>

DOI: <https://doi.org/10.24215/26837684e005>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Resumen: Inicié la residencia de Trabajo Social en un servicio social de un hospital general de agudos en CABA, zona sur. En dicho servicio los profesionales están divididos en tres equipos, de acuerdo, a las salas de internación en la que se encuentran interviniendo. Las mismas son la de clínica médica y traumatología, maternidad y pediatría.

Durante el primer año de residencia vas rotando cada tres o cuatro meses por las distintas salas de internación con el objetivo de conocer e implementar la modalidad de intervención del Trabajo Social en dichas salas.

Mi segunda rotación fue por la sala de maternidad. En ese momento, el equipo de Trabajo Social estaba interviniendo en la situación de una mujer que había ingresado al hospital por el nacimiento de su hijo y se encontraba en situación de calle y consumo de sustancias psicoactivas. Como no conocía en profundidad sobre la temática ni tampoco las modalidades de abordaje de este tipo de problemáticas desde la sala de maternidad de un hospital, es que surgió el interés de escribir sobre dicha temática y, ante la complejidad de la misma, es que considero importante debatir y compartir reflexiones, desafíos a fin de repensar nuestras prácticas profesionales en pos de continuar garantizando a las personas con las cuales intervenimos el derecho a la salud de manera integral.

Para la producción del trabajo se utilizó una metodología de tipo cualitativa. Se tomaron como insumos fuentes bibliográficas sobre la temática, observaciones realizadas durante mi inserción en la sala de maternidad y registros de historias sociales. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a una trabajadora social que forma parte del equipo de Trabajo Social, a una médica neonatóloga y a una residente de ginecología.

En un primer momento, se desarrollará el marco conceptual con el objetivo de reflexionar sobre la concepción que prevalece sobre la maternidad y el consumo de sustancias psicoactivas.

En un segundo momento voy a caracterizar las modalidades de abordaje del equipo de Trabajo Social y del equipo médico, que se llevan adelante en la sala de internación de maternidad, ante situaciones de mujeres que ingresan al hospital y se encuentran en situación de consumo de sustancias psicoactivas. Y analizaré si las concepciones sobre la maternidad y el consumo se encuentran presentes en las intervenciones de los profesionales de salud.

Luego compartiré una experiencia de intervención del equipo de Trabajo Social a modo de continuar reflexionando sobre las prácticas profesionales.

En un tercer momento voy a desarrollar los obstáculos que les profesionales de salud, que trabajan en la mencionada sala, identifican al momento de intervenir en situaciones relacionadas a consumo problemático. Y, por último, voy a compartir una conclusión a modo de reflexión.

Palabras clave: Maternidad, consumo problemático de sustancias, contexto hospitalario, Trabajo Social.

Abstract: I started the Social Work residency in a social service of a general hospital for acute care in CABA, south zone. In said service, professionals are divided into three teams, according to the hospitalization rooms in which they are intervening. They are the medical clinic and traumatology, maternity and pediatrics.

During the first year of residency, you rotate every three or four months through the different hospitalization wards with the aim of learning about and implementing the modality of Social Work intervention in said wards.

My second rotation was through the maternity ward. At that time, the Social Work team was intervening in the situation of a woman who had been admitted to the hospital for the birth of her daughter and was on the streets and consuming psychoactive substances. Since I did not know in depth about the subject nor the modalities of approaching this type of problem from the maternity ward of a hospital, the interest in writing about this subject arose and, given its complexity, I consider it is important to debate and share reflections, challenges in order to rethink our professional practices in order to continue guaranteeing the people with whom we intervene the right to health in an integral way.

For the production of the work, a qualitative methodology was used. Bibliographic sources on the subject, observations made during my insertion in the maternity ward and records of social histories were taken as inputs. Semi-structured interviews were conducted with a social worker who is part of the Social Work team, a neonatologist and a gynecology resident.

At first, the conceptual framework will be developed with the aim of reflecting on the prevailing conception of motherhood and the consumption of psychoactive substances.

In a second moment I will characterize the modalities of approach of the Social Work team and the medical team, which are carried out in the maternity hospitalization ward, in situations of women who are admitted to the hospital and are in a situation of psychoactive substance use. And I will analyze if the conceptions about maternity and consumption are present in the interventions of health professionals.

Then I will share an intervention experience of the Social Work team in order to continue reflecting on professional practices.

In a third moment, I will develop the obstacles that health professionals, who work in the aforementioned room, identify when intervening in situations related to problematic consumption. And finally, I am going to share a conclusion by way of reflection.

Keywords: Maternity, problematic substance use, social work.

1. CONCEPCIONES SOBRE MATERNIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

A fin de reflexionar en torno a las intervenciones profesionales que se llevan adelante en la sala de maternidad del hospital, comenzaré a desarrollar la concepción presente sobre la maternidad. Verea (2004) plantea:

(...) el proceso de construcción social de la maternidad supone la generación de una serie de mandatos relativos al ejercicio de la maternidad encarnados en los sujetos y en las instituciones, y reproducidos en los discursos, las imágenes y las representaciones, que producen, de esta manera, un complejo imaginario maternal basado en una idea esencialista respecto a la práctica de la maternidad. Como todos los esencialismos, dicho imaginario es transhistórico y transcultural, y se conecta con argumentos biologicistas y mitológicos. De aquí es de donde se desprende la producción de estereotipos, de juicios y de calificativos que se dirigen a aquellas mujeres que tienen hijas o hijos y que éstas mismas se autoaplican. (p.16)

En relación a los estereotipos, la autora menciona la idea de “La Madre”, que encarna la esencia atribuida a la maternidad- el instinto materno, la paciencia, capacidad de sanar, de cuidar, de atender, de proteger, de sacrificarse, etc.-. A partir de esta idea, se producen dos estereotipos más: las “buenas madres” y las “malas madres”.

(...) los mandatos sociales relativos a las “buenas madres” producen, en el mismo movimiento, el fenómeno de las “malas madres”: esas mujeres que no cumplen con las expectativas ideales de ese papel social y que son estigmatizadas, señaladas, penalizadas o diagnosticadas de diversas maneras y formas, dependiendo de la gravedad del incumplimiento. (Verea, 2004, p.17)

Ahora bien, partiendo de esta idea de “La Madre” ¿Qué sucede cuando las mujeres que son madres se encuentran en situación de consumo? Maffia (2011) señala que en la sociedad en la que vivimos, las mujeres que consumen sustancias se alejan de las expectativas de sus roles de género y, por lo tanto, también se alejan del imaginario de mujeres-madres, protectoras, que viven por y para los demás. En este sentido, sobre las mujeres que consumen recae un doble estigma: por ser consumidoras de sustancias y por romper con el modelo construido e idealizado que les fue asignado socialmente. Una mujer que es madre y consume, será juzgada como “mala madre”, y si está embarazada la mirada recaerá principalmente sobre el cuidado de su hijo.

En relación a esto, Diez, M. et al (2020) plantea que en el análisis del problema de consumo en las mujeres se sigue omitiendo la perspectiva de género como factor decisivo. Esta invisibilización de las particularidades del consumo en las mujeres aumenta su vulnerabilidad. Paradójicamente, tiene lugar una hipervisibilización del consumo de sustancias por parte de las mujeres cuando están cursando un embarazo y la consecuente estigmatización por alejarse de las expectativas de su rol de género, tal como se mencionó anteriormente.

De acuerdo a tales aportes ¿En las instituciones públicas de salud cómo se pone en juego la construcción social de la maternidad al momento de intervenir como profesionales? ¿Se reproducen estereotipos de género en las formas de atención de los problemas de salud de las mujeres-madres?

2. INTERVENCIONES SOCIALES Y MÉDICAS EN LA SALA DE MATERNIDAD

Este apartado se centra en analizar las intervenciones que despliegan, el equipo de Trabajo Social y el equipo médico, en la sala de internación de maternidad ante el ingreso de mujeres madres en situación de consumo.

El equipo de Trabajo Social está conformado por dos trabajadoras sociales y su intervención en la sala de maternidad se produce a partir de las interconsultas que reciben por parte del equipo médico. Una vez recibida la interconsulta, las profesionales, en un primer momento, indagan en la historia clínica electrónica si hay evoluciones a fin de conocer si hay otras intervenciones o si esa mujer estuvo en contacto con

otras instituciones públicas, privadas u organizaciones de la sociedad civil, etc. Luego se entrevista a la mujer para conocer redes familiares y/o sociales, lugar de residencia, situación económica, laboral, de salud (principalmente si realizó controles obstétricos o tratamiento médico por ITS) y se indaga sobre su situación de consumo, si se encuentra en tratamiento o si en algún momento realizó y si consumió durante el embarazo.

En base a la entrevista y de acuerdo a la evaluación realizada, una de las líneas de acción que despliegan las profesionales es convocar y entrevistar a referentes familiares y/o sociales e institucionales (hogares, organizaciones sociales y/o comunitarias, CeSAC, etc.) con el objetivo de pensar de manera conjunta la modalidad de egreso de las mujeres y sus hijes a partir de una evaluación del grupo familiar y/o social y de la capacidad de las mujeres para llevar adelante el rol materno.

En la sala nuestra mirada es ver las posibilidades que tienen de maternar estas mamás y dentro de ellas las condiciones personales, el consumo obviamente incide, impacta activamente en las posibilidades que vos tenes desde el embarazo, de cuidar a este bebé por nacer. (Trabajadora social)

En este sentido, se observa que los objetivos de la intervención se encuentran orientados a garantizar los cuidados del recién nacido centrando la intervención con las mujeres en sus posibilidades y condiciones para llevar adelante este rol. Verea (2007) señala que la reproducción se ha materializado exclusivamente en las mujeres, ubicando en ellas la responsabilidad de dicha tarea social, es decir, la crianza y el cuidado de les hijes es una tarea que recae principalmente en las mujeres.

En relación a las intervenciones que lleva adelante el equipo médico, comienzan por indagar si actualmente la mujer consume y de ser así se explican los riesgos que esto tiene durante y luego del embarazo. A su vez, consultan con el equipo de trabajo social y si es necesario con salud mental. Y asisten a las mujeres que tienen complicaciones secundarias del consumo.

Primero pedimos interconsulta con servicio social para conocer más la situación familiar y social de la paciente y si existe la posibilidad de recuperación. A la madre y al bebé le pedimos metabólicos en orina para conocer la situación actual. Si ella niega el consumo y los resultados son negativos puede amamantar al bebé. Pero si algún resultado da positivo o se sabe que consume se suspende la lactancia. Lo ideal es un abordaje multidisciplinario y aprovechar el embarazo y la necesidad de amamantar al bebé para que deje la droga. Si es imposible que deje la droga se debe suspender la lactancia y se le da fórmula de inicio. También se estudia al bebé con ecocardiograma y ecografía cerebral. (Médica neonatóloga)

A su vez, les profesionales observan como la mujer va transitando la internación (al momento de ingresar al hospital comienza un proceso de abstinencia) y cómo va construyendo vínculo con su hije. Tales observaciones se van registrando en las historias clínicas: “Se observa que mantiene visitas a neo de forma permanente”, “ha permanecido poco tiempo en neonatología junto a su hija”, “observaron buena interacción con la niña”, “ha permanecido escasos minutos diarios con el bebé”.

Se contempla que, para el equipo médico, la principal preocupación frente a este tipo de situaciones se relaciona con los efectos que tienen las prácticas de consumo de la mujer sobre la salud del bebé y la posibilidad de amamantar. Por lo tanto, se observa que las intervenciones ponen el eje en el consumo como problema central, más específicamente en los efectos negativos sobre la salud del recién nacido, planteando la abstinencia como estrategia principal que depende sólo de la voluntad de la mujer y que permitirá asegurar los cuidados de le niño. Desde este modelo de abordaje no se tienen en cuenta otros factores que pueden intervenir aumentando la vulnerabilidad, limitando las posibilidades de decisión de las mujeres, obstaculizando el acceso y adherencia a un tratamiento, tampoco los recursos con los que cuentan las mujeres para su protección y la de sus hijes, así como los estrategias y prácticas de autocuidado desarrolladas por las mismas. Como afirman Setien y Parga (2018):

En nombre de la salud y la “normalidad” de los/as niños/as por nacer, se despliega sobre las usuarias embarazadas un dispositivo de disciplinamiento coercitivo, una abstinencia impuesta para proteger el embarazo, donde la capacidad de la mujer para tomar decisiones libres sobre su propio cuerpo (respecto al embarazo y al consumo) se ve bruscamente reducida (...) Sin embargo, lejos de problematizar acerca de la asignación desigual de las tareas de cuidado, el discurso de algunos/

as profesionales apunta a que las usuarias logren identificar en la necesidad de poder ser una “buena madre” la motivación principal para el sostenimiento del tratamiento. (p. 84)

Se podría inferir, que las representaciones sociales que relacionan a la mujer con la maternidad y las tareas de cuidado, influyen de alguna manera, en el modo en que les profesionales de salud elaboran las estrategias de intervención para abordar situaciones de mujeres madres que se encuentran en situación de consumo.

En el siguiente apartado, voy a compartir una situación en la que intervino el equipo de Trabajo Social, a modo de seguir profundizando el análisis sobre las modalidades de abordaje de esta problemática por parte de les profesionales de salud.

2.1- TRABAJO SOCIAL, MATERNIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS: UNA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN

Una mujer ingresa al hospital por el nacimiento de su hija. Su nombre es ^[1]Romina, tiene veintidós años y se encuentra en situación de consumo de sustancias psicoactivas desde hace varios años, realizando tratamientos ambulatorios, con alguna internación y abordaje psicológico. No efectuó controles obstétricos y ha consumido durante algunos meses del embarazo. Motivos por los cuales el equipo de Trabajo Social recibe interconsulta por parte del equipo médico.

Romina se encuentra en situación de calle. Respecto al padre del bebé desconoce quién es. No cuenta con red familiar afectiva. Su madre y padre han fallecido, tiene un hermano mayor pero no mantienen vínculo. Romina ha sufrido violencia de género por parte de sus ex parejas.

Ha concurrido a un Centro de Atención Integral para la Niñez y Adolescencia (CAINA) desde los catorce hasta los dieciocho años. Luego participó de manera esporádica. A su vez, tiene referencia desde hace unos años con una organización social transfeminista que acompaña a mujeres cis y trans, lesbianas, travestis e identidades no binarias en situación de calle.

El equipo de Trabajo Social entrevistó a Romina para conocer su historia de vida. Luego mantuvieron comunicación con el coordinador general del CAINA y con la referente de la organización social a fin de conocer cuál era el vínculo con Romina, conversaron sobre su participación en los espacios, de los tratamientos y sus redes familiares y sociales. A su vez, entrevistaron a una trabajadora social de la organización social, quien les refirió que había una vacante para que ingrese a un hogar para mujeres en situación de calle. Solicitaron la intervención del Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes para que evalúen estrategias de egreso hospitalario y seguimiento y se solicitó un acompañante hospitalario.

Las trabajadoras sociales de la sala le informaron a Romina que al momento de contar con el alta clínica había una vacante para ingresar a un hogar para mujeres en situación de calle. El equipo médico si bien le indicó que permanezca internada unos días más, ella expresa que desea retirarse e ingresa al hogar. Su hija quedó internada en la sala de neonatología.

Posteriormente la coordinadora del hogar le comunica al equipo de trabajo social que Romina egresó del mismo y no regresó. Tampoco se presentó en el hospital. A raíz de esta situación, el Consejo de NNA respecto a la bebé, toma lo que se llama “una medida excepcional”.

En relación a dicho abordaje, Setien y Parga (2018) plantean: “(...) se habilita la intervención de las instituciones familiar, sanitaria y judicial, para desplegar un complejo dispositivo de encauzamiento, en el cual las usuarias tienen que demostrar su capacidad para ser “buenas mujeres” y “buenas madres” (p.91).

Y señalan que, por un lado, la dupla sistema de salud-judicial, a partir de diagnosticar en las mujeres un “riesgo para sí o para terceros”, va a habilitar una tramitación judicial del cuidado de les hijes que muchas veces significa para las mujeres el alejamiento físico, la quita de la tenencia y la regulación de las visitas.

En cuanto a la situación, en los informes sociales se hace hincapié en aquellos factores que podrían ser de riesgo para la salud, integridad y goce de los derechos de la niña y describen la situación e historia de consumo

de la madre, respecto a tratamientos, si hubo consumo o no durante el embarazo, etc. Sobre su situación de salud, consignan sí pudo realizar controles obstétricos, principalmente. Si cuenta con redes familiares y sociales afectivas. Tipo de vínculo que va construyendo con su hija durante la internación. Y en base a eso solicitaron al Consejo de Derechos de NNyA que evalúe estrategias de egreso y seguimiento.

Y, por otro lado, las autoras citadas plantean que es clave la tarea de control que ejercen las familias, quienes pasan a funcionar como agentes de vigilancia sobre las conductas de estas mujeres.

A las redes familiares afectivas se les solicita que puedan acompañar a las mujeres en el acceso a un tratamiento y estar atentas a comprobar que cumpla con el mismo, en poder realizar los controles de salud, acercarse al hospital cuando tienen un turno médico o que puedan egresar del hospital con ellas.

Las madres que atraviesan una situación de consumo se tienen que ir con apoyo familiar, o una hermana o una madre... entonces siempre es constituir la posibilidad de una red y cuando no lo hay y hay un nivel de consumo muy grande es que se da la intervención al consejo...por eso el tema del consumo es bastante bisagra... (Trabajadora Social).

Si bien Romina no contaba con vínculos familiares, tales tareas las asumieron sus referentes institucionales tanto de la organización social transfeminista como del hogar. Por ejemplo, el equipo de trabajo social, en una de las entrevistas con la trabajadora social de la organización social, le refieren que Romina, según informó el equipo médico de neonatología, no ha estado tiempo prolongado con su hija. A raíz de esto, los operadores de la organización social se acercan al hospital y acompañan a Romina a la unidad de neonatología. Otro ejemplo que da cuenta de esto es, que cuando Romina egresó del hospital y luego visitó a su hija que aún estaba internada, lo hizo acompañada por los referentes del hogar en el que había ingresado.

De acuerdo a esta experiencia de intervención, me surgen diferentes interrogantes: ¿Qué fue lo que llevó a Romina a atravesar una situación de consumo? Si bien expresó el deseo de maternar a su hija ¿Qué significa transitar un embarazo en situación de calle y consumo? ¿Emocional y físicamente estaba en condiciones de pensar en su embarazo, en los controles? ¿Se sentía sola? ¿Por qué se fue del hogar y no regresó? ¿Tenía miedo? ¿Qué sucedió con los distintos dispositivos de tratamientos por los cuales tránsito? ¿Con qué obstáculos se enfrentan los profesionales para garantizar los cuidados de salud de les niñas y las mujeres? ¿El Estado está garantizando la formulación de políticas públicas que acompañen y den respuesta a esta problemática? ¿En qué condiciones se encuentran los hospitales generales para abordar situaciones de consumo?

Ante estas situaciones en las que somos convocados a intervenir, nos enfrentamos al desafío de garantizar la protección y los derechos tanto de les niñas como de las mujeres. En relación al cuidado de les niñas, es fundamental problematizar la asignación desigual de dicha tarea de modo que no recaiga únicamente la responsabilidad sobre las mujeres. De acuerdo a esto, Di Iorio (2016) menciona que es necesario abandonar los modelos que reducen el cuidado al plano de lo familiar y reconocer la existencia de otros actores sociales que intervienen en la provisión del cuidado.

En general, el cuidado es concebido como una actividad femenina y no remunerada, con escaso reconocimiento social (...) Y justamente, por expresarse como propio del ámbito doméstico-familiar, aquellas configuraciones vinculares en las que lo familiar está debilitado, como por ejemplo en las personas en situación de calle, nos desafían a re direccionar las discusiones hacia la construcción del cuidado como problema público, es decir, como objeto de políticas sociales. (Di Iorio et al., 2016, p.125)

En este sentido, es importante convocar tanto a referentes familiares como institucionales a modo de colectivizar el cuidado. Sin embargo, resulta necesario pensar desde qué lugar convocamos a las mismas. Si es desde un lugar de control/vigilancia o desde un lugar de apoyo, cuidado, acompañamiento.

A su vez, es necesario tensionar la intervención que se centra en evaluar únicamente la capacidad o no de maternar que tienen las mujeres, -sobre todo las mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad social y económica, ya que son quienes reciben principalmente esta evaluación-, a fin de no acercarnos a lecturas y prácticas estigmatizantes que juzgan y culpan a las mismas por no “alcanzar el ideal materno”, por no “cumplir” con las expectativas del rol de “buena madre”.

Considero importante incorporar una lectura crítica de las situaciones que están atravesando las mujeres y poder pensar con ellas de qué modo, con que redes y recursos podemos acompañarlas en la compleja tarea de matinar. En este sentido puede ser necesario trabajar también con los referentes afectivos sobre las representaciones sociales asociadas a la maternidad y al consumo.

Conversar y trabajar sobre los consumos, tratamientos, autocuidado y riesgos. “Es necesario que los equipos de salud reconozcan que los consumos admiten múltiples modalidades que resultan de la trama situacional que se entreteje entre sujetos-contextos-sustancias”. (Diez, et al. 2020, p.16).

En este sentido, Di Iorio y Pawlowicz (2021) señalan la necesidad de reconocer que los consumos de sustancias psicoactivas, se configuran de manera diversa según el sector social, el momento histórico, las condiciones socio-políticas, la etnia, el género, las identidades y expresiones de género, y que tales intersecciones no sólo constituyen, sino que estructuran el proceso salud-enfermedad-atención referido a las situaciones de consumo.

3. OBSTÁCULOS PARA ABORDAR SITUACIONES DE CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

Al momento de preguntarles a los profesionales si identifican obstáculos para abordar situaciones de consumo en un contexto hospitalario, las integrantes tanto del equipo de Trabajo Social como del equipo médico comparten y expresan que la mejor manera de abordar tales situaciones es a partir de un abordaje multidisciplinario. “El tema es poder trabajar con esta triada de salud mental y qué puedan ir cuanto antes...acá la interdisciplina es compleja, pero uno puede tener comunicación e ir pensando en conjunto” (Trabajadora Social).

En relación a esto, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 plantea respecto a la modalidad de abordaje, que debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. E incluye las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, entre otras disciplinas.

Respecto a la interdisciplina, Elichiry (2009) señala: “La interdisciplinaria incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación. Estos intercambios disciplinarios implican además interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc.” (p.4).

De acuerdo a mi experiencia de inserción en la sala si bien se produce cierta comunicación con los mediques o psicólogos, muchas veces la misma es vía teléfono y se acota a la derivación y/o al intercambio respecto a las entrevistas que tuvieron con las mujeres o referentes familiares/sociales. A su vez, tienen determinados días y horarios de atención que muchas veces no coinciden y se recibe mucha demanda en relación a la cantidad de profesionales que trabajan en el hospital. Se puede inferir, que tales cuestiones dificultan el encuentro e intercambio entre los distintos equipos de salud.

Quizás si en las salas de internación existieran equipos interdisciplinarios donde puedan generarse reuniones o ateneos para intercambiar sobre las situaciones, pensar y realizar entrevistas e informes entre distintas disciplinas, les permitiría abordar y trabajar de manera conjunta las interconsultas que reciben de manera individual cada profesional.

Otro obstáculo que identifican es la cantidad de mujeres que ingresan a la sala y el tiempo con el que cuentan para intervenir.

En relación a los obstáculos, cantidad de pacientes que hay, lo difícil que es abordar estos temas en el ambiente público, lo difícil que es el seguimiento a futuro, lo difícil que es si un paciente en consumo, la atención que necesitan, el tiempo que necesitan para abordarlos adecuadamente, y eso es un súper obstáculo, el tiempo para mí. (Residente de ginecología).

Por lo general, las internaciones se caracterizan por ser breves, si una mujer y su hijo se encuentran en buen estado de salud, pueden permanecer internados entre tres o cuatro días, por lo tanto, es escaso el tiempo que los profesionales tienen para construir y llevar adelante las distintas estrategias de intervención. Sin embargo, la trabajadora social de la sala señala que actualmente si una mujer necesita que la mujer permanezca internada uno o dos días más no se presentan dificultades respecto a eso.

Yo no siento que estén tan desesperados en que se vayan, en otros momentos era como "no acá no hay lugar"...más ahora que no está la residencia de madre y las visitas con esto de la pandemia. Ir y venir ambulatoriamente no es para cualquier madre...en eso se pudo avanzar un poquito. (Trabajadora Social).

Y en relación a la profesión de trabajo social, la profesional entrevistada identifica dos grandes obstáculos. Por un lado, las representaciones sociales que las mujeres tienen sobre nuestro rol como profesionales, y, por otro lado, la ausencia de espacios para articular y derivar a los usuarios al momento de contar con el alta clínica.

El rol, la figura del trabajador social que viene hablar conmigo es me saca el bebé. Eso es inevitable, después está en uno en deconstruir eso y tratar de vincularse desde otro lugar. Viene la trabajadora social y te dicen el bebé se va conmigo... También hay mujeres que no te quieren dar ningún dato de ningún familiar porque las familias están muy desgastadas, desvinculadas...eso también es una gran barrera y es nuestra tarea, incumbencia recabar información, no porque seamos inspectores sino para la historia vital de esta persona...Después siempre ajustarse a los recursos externos y ver a donde derivarla... (Trabajadora Social)

Es interesante el aporte de la trabajadora social, con respecto a reconocer cómo el rol que históricamente se le ha asignado a la profesión condiciona la relación con las usuarias. Sobre este aspecto es importante también tomar en cuenta las formas en que actúa el estigma que recae sobre las mujeres madres en situación de consumo, el cual puede traducirse en sentimientos de culpa, desconfianza, llevar a las mujeres a ocultar información o a evitar el contacto con la institución. En este sentido, tener presentes dichos aspectos nos permite reflexionar sobre qué tipo de vínculo es necesario construir con las mujeres de modo que nos puedan reconocer como una red de cuidado.

En relación a las articulaciones y derivaciones de los usuarios, cotidianamente nos enfrentamos, tal como menciona la profesional, a la ausencia de recursos, propuestas, y/o dispositivos territoriales donde las personas puedan alojarse al momento de la externación de las instituciones hospitalarias. Ausencias que dificultan las posibilidades de construir estrategias de intervención con las mujeres.

CONCLUSIONES

A partir de analizar las intervenciones que llevan adelante los profesionales en la sala de maternidad de un hospital general de agudos y los obstáculos a los cuales se enfrentan cotidianamente, a continuación, compartiré algunas reflexiones a modo de seguir debatiendo y repensando las intervenciones profesionales en el campo de la salud.

Ante la hegemonía del modelo biomédico presente en las instituciones públicas de salud, considero que tenemos el desafío de construir prácticas profesionales que permitan garantizar el acceso a la salud como derecho desde un enfoque integral. En este sentido, la posibilidad de que el sistema de salud incorpore y trabaje desde una perspectiva de género es fundamental a fin de analizar las problemáticas de salud que atraviesan a la población y poder brindar respuestas a las mismas.

Como profesionales tenemos la responsabilidad de garantizar externaciones cuidadas tanto de los niños como de las mujeres que ingresan a la sala de internación. En este sentido, es necesario problematizar las representaciones sociales que sostienen la idea de un "instinto materno", donde las mujeres deben entregarse de manera "sacrificial y gustosa a la maternidad" y que las responsabiliza exclusivamente de las tareas de cuidado y atención de sus familiares. Ya que consecuentemente, aquellas mujeres que se "alejan" de ese modelo

idealizado de maternidad son vistas como “malas madres” y si sostienen prácticas de consumo, el estigma es doble.

Frente a tales concepciones, es importante cuestionar el mandato patriarcal/familiar de cuidado de otras personas por sobre el cuidado de sí que recae sobre las mujeres y elaborar procesos de intervención que permitan colectivizar el cuidado, el cual requiere de la corresponsabilidad de diversos actores.

Por lo tanto, a fin de acompañar y trabajar con mujeres madres en situación de consumo, considero necesario poder tener una escucha atenta y empática de su trayectoria de vida, de sus miedos, sentimientos y deseos, analizar las intersecciones que estructuran el proceso salud-enfermedad-atención referido a las situaciones de consumo, como así también, poder convocar desde un lugar de apoyo a las redes afectivas, tanto familiares, como sociales e institucionales.

Sería enriquecedor abordar las situaciones en las que somos convocados a intervenir a partir de un trabajo interdisciplinario entre los equipos de salud, sin embargo, esta modalidad de abordaje muchas veces se dificulta debido a la cantidad de demanda que se debe atender en relación a la cantidad de profesionales y por los tiempos breves de internación. Como consecuencia los profesionales cuentan con escaso tiempo para pensar y llevar adelante las estrategias de intervención.

El trabajo que realizan los equipos de salud tiene que estar acompañado por un Estado que asuma la responsabilidad que tiene en relación al abordaje de esta temática. En este sentido, la ley de Salud Mental establece un piso mínimo en garantía de derechos, siendo el Estado quien debe garantizar el ejercicio de los mismos. Respecto a las situaciones de consumo, dicha ley menciona que las mismas deben abordarse como parte integrante de las políticas de salud mental y propone el desarrollo de abordajes de cuidado bajo enfoques comunitarios, interdisciplinarios e intersectoriales. No obstante, los profesionales plantean la falta de espacios para articular y derivar a los usuarios al momento de contar con el alta clínica.

En tal sentido, es importante la creación de dispositivos que cuenten con equipos interdisciplinarios y un trabajo intersectorial, que acompañen, alojen, escuchen y contengan a las personas. Que promuevan lazos solidarios y pasen a constituirse en soportes emocionales, simbólicos y materiales.

Respecto de la situación de mujeres madres que se encuentran en situación de calle y sin redes afectivas, en tales espacios sería interesante que se puedan elaborar estrategias a modo de colectivizar y organizar las tareas de cuidado de sus hijos, como así también trabajar el derecho a acceder a un trabajo, a una vivienda digna, a la salud, etc.

El Estado debe asumir la responsabilidad de garantizar a los trabajadores condiciones laborales dignas y diseñar políticas públicas de salud para poder contar con recursos y/o dispositivos con los cuales articular y garantizar el derecho a la salud de manera integral.

REFERENCIAS

- Diez, M; Pawlowicz, M, P; Vissicchio, F; Amendolaro, R; Barla, J, C; Muñiz, A; Arrúa, L. (2020). Entre la invisibilidad y el estigma. Consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y púerperas de tres hospitales generales de Argentina. *Salud colectiva*, Vol. 16.
- Di Iorio, J; Pawlowicz, M. (2021). Violencias hacia mujeres y comunidades lgtbq+ que usan drogas. Hacia la construcción de políticas de drogas con perspectiva de género. En *INFONOVA* N° 38.
- Di Iorio, J., Seidmann, S., Gueglio, C., y Rigueiral, G. (2016). Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle: El cuidado como categoría de análisis. *Psicoperspectivas*, 15 (3), 123-134 doi 10.5027/psicoperspectivas-vol 15.
- Elichiry, N. (2009). *Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias*. Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa. Manantial.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

- Maffia, D. (2011). *El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas*. Unidad de Seguimiento de Políticas Públicas en Adicciones. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Setien, L; y Parga, J. (2018). Disciplinamientos y estrategias biopolíticas de control de los cuerpos de mujeres usuarias de sustancias psicoactivas. En AA. VV. *Horizontes en intervenciones sociales*. URL: <https://www.teseopress.com/horizontes>
- Verea, P. (2007). Desde la mater/pater/nidad. La maternidad ejercida por varones, en *Debate Feminista*, Volumen 35, México.
- Verea, P. (2004). Malas madres. La construcción social de la maternidad. *Debate feminista*, Volumen 30.

NOTAS

- [1] El nombre es ficticio a fin de preservar la identidad de la mujer.