

Dispositivo de guardia virtual de salud mental perinatal “no estás sola” *

Perinatal mental health virtual guard device “you are not alone”

Cantero, Josefina Alejandra¹; Effer, Melisa Alexandra¹;
González, Cintia Mabel¹; Rey, Lorena¹; Roberto, María Paula¹

RESUMEN

En abril de 2020, pleno inicio de la Pandemia en nuestro país, nos propusimos crear un dispositivo de Guardia Virtual de Salud Mental Perinatal al que llamamos “*No estás sola*”. Construimos este dispositivo en respuesta a las necesidades de una porción importante de la población, a la que ya teníamos acceso, por ser el ámbito perinatal nuestro campo de intervención. Esta población está compuesta casi en su totalidad por mujeres, que son las responsables de las tareas domésticas, de cuidado y crianza y, sumado a esto, el trabajo remunerado, siendo la particularidad de estas tareas la invisibilización y naturalización al ser asociadas al género femenino (Federici, 2018).

El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), además de reflejar una situación de crisis, incertidumbre y temor, impuso la realización de todas esas tareas en simultáneo en el mismo espacio, al tiempo que interrumpió el funcionamiento de las redes de sostén y apoyo.

Entendiendo esta realidad, la Guardia Virtual se propuso como un espacio de escucha, alojamiento y acompañamiento en situaciones críticas. Dicho dispositivo era de libre acceso, gratuito, en horario matutino y vespertino, todos los días de la semana, difundiéndose por las redes sociales a lo largo del país.

Palabras clave: Pandemia, Crisis, Guardia, Salud Mental Perinatal

ABSTRACT

In April 2020, the beginning of the Pandemic in our country, we decided to create a Virtual Guard device for Perinatal Mental Health that we called “You are not alone”. We built this device in response to the needs of a significant portion of the population, to which we already had access, since the perinatal area was our field of intervention. This population is made up almost entirely of women, who are responsible for housework, care and parenting and, added to this, paid work; the distinctive feature of these tasks being

the invisibility and naturalization as they are associated with the female gender (Federici, 2018).

In addition to reflecting a situation of crisis, uncertainty and fear, the Preventive and Mandatory Social Isolation (ASPO) imposed the performance of all these tasks simultaneously at the same place, while interrupting the functioning of support networks.

Understanding this reality, the Virtual Guard was proposed as a space

for listening, emotional support and accompaniment in critical situations. This device was free of charge, in the morning and in the evening, every day of the week, spreading through social networks throughout the country.

Keywords: Pandemic, Crisis, Guard, Perinatal Mental Health

La pandemia y la población perinatal. La doble crisis.

En marzo del 2020 la realidad se transformó repentinamente, la vida dio un giro inesperado, apareciendo el miedo, el desconcierto, la incertidumbre y el quiebre de los vínculos. Esto trajo como efecto un estado de ansiedad y angustia generalizado. Todo cambió: el día a día, las rutinas, la manera de trabajar, de estudiar, de jugar, de vincularnos. El Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) obligó a permanecer a toda la población en sus casas pasando a ser el hogar el espacio y tiempo exclusivo en el que se desarrollaban todas las actividades en forma simultánea. El adentro y el afuera quedaron sumergidos en un mismo espacio y en un mismo tiempo.

Lo que en un principio era por 15 días se extendió luego por largos meses. Todo quedó en suspenso, inclusive la atención, seguimiento y acompañamiento de las mujeres y personas gestantes, sus partos y puerperios.

La concepción, el embarazo, el parto y la crianza son momentos de múltiples cambios, que implican profundos reajustes psicológicos, físicos y vinculares. Son períodos de gran vulnerabilidad psíquica, momentos de crisis vital que implican cambios en la identidad propia, familiar y vincular (Oberman, 2005).

Cuando esta crisis vital evolutiva se superpone con otra en medio de una emergencia sanitaria, se

plantea una “doble crisis”, convirtiéndose esta situación en un factor de riesgo para la aparición de problemáticas de Salud Mental o incluso intensificar problemáticas ya existentes.

Gestar y parir en pandemia

Tal como fue mencionado, tanto el embarazo como el parto causan un enorme impacto psicoemocional, más allá de las repercusiones generadas a nivel bioquímico-hormonal. Si bien, históricamente, el embarazo fue considerado protector de la salud mental, hoy se conoce que es un período de especial vulnerabilidad psíquica y que algunos trastornos tienen comienzo durante el mismo (Halsband, Lorenzo & Vázquez, 2019).

El parto se define como una vivencia subjetiva en donde la mujer o persona gestante, atraviesa un estado alterado de consciencia, produciéndose la salida del bebé a través de un proceso colaborativo entre ambos lo que da como efecto la primera separación (Olza, 2017). Así como el embarazo, el parto tiene un impacto trascendental en el vínculo temprano, en la constitución subjetiva del niño/a, en la constitución familiar y en la construcción de las funciones maparentales.

Estudios e informes indican que en los últimos años la violencia obstétrica fue en aumento (ONU, 2019). La misma puede afectar a la persona gestante y a su hijo/a durante el embarazo, el parto y el puerperio, manifestándose

¹ Universidad de Buenos Aires (UBA) Licenciada en Psicología, UBA.

Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito XV Especialización en Psicología Perinatal. Co-coordinadora de LA(s) OTRA(s) CARA(s) Psicólogas Perinatales y Miembro de la Red Nacional de Salud Mental Perinatal.

*Se agradece la colaboración de la Licenciada, Morini, Lucila Belén en la realización del presente trabajo

mediante prácticas, conductas, acciones u omisiones, realizadas por los y las profesionales de la salud, que afectan el cuerpo, el psiquismo y el transcurrir de los procesos reproductivos.

Con la pandemia se intensificó la violencia en forma sistemática, quedando esto encubierto bajo un modelo paternalista con protocolos para cuidar la salud física, pero que atentan contra los derechos de las personas según la Ley de Parto Respetado (Ley N° 25.929), la Ley de Derechos del Paciente (Ley N° 26.529) y la Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley N° 26.485).

Un relevamiento hecho por la Asociación Civil Las Casildas durante el año 2020 muestra que el 49% de los nacimientos fueron inducidos, el 50% terminaron en cesáreas y al 76% de las embarazadas se les suspendieron los turnos médicos. A estos datos se suman las siguientes situaciones: la imposibilidad de ingresar con un acompañante a las ecografías, a los seguimientos y a los partos y pospartos; la separación sistemática de los/as bebés luego del nacimiento y la prolongación de esta durante días ante un resultado covid positivo de las madres; interrupciones de lactancias en oposición a lo que indican los protocolos y el incremento de cesáreas injustificadas. Todas estas situaciones representan una vulneración de derechos y hacen caso omiso a las

leyes vigentes en nuestro país y a los protocolos de atención de salud materno-perinatal nacionales e internacionales. Como efecto: enormes y gravísimas consecuencias en la salud mental e integral de la familia, interfiriendo en el establecimiento del vínculo temprano.

El Puerperio

El puerperio médico se define por los 40 días posteriores al parto y la vuelta al estado anterior. Desde la psicología perinatal, se considera que esta definición es reduccionista, ya que deja por fuera los aspectos subjetivos y psicoemocionales que suceden con la llegada de un/a hijo/a y el devenir mapaterno.

El puerperio es un estado de requerimiento total y constante de disponibilidad para los/as cuidadores/as que asumen las funciones primarias, la mirada, la voz y el cuerpo como sostén se ponen en juego ininterrumpidamente. Se trata de una demanda que tiene la característica de ser absoluta y sin corte en el tiempo. De ahí la tensión, el agotamiento y la actitud expectante. Ese/a pequeño/a ser humano/a no distingue noche de día ni momentos de descanso. Se produce un cambio disruptivo en la rutina familiar en donde los ritmos del recién nacido y el ciclo sueño-vigilia en construcción moldean la cotidianeidad de una manera monótona. Muchas puérperas suelen expresar que “todos los días son iguales”. En esta etapa incluso las necesidades básicas

de los/as cuidadores/as como dormir, comer o higienizarse pueden tener que relegarse. La privación del sueño es un agravante para sobrellevar el nivel de intensidad requerido.

El puerperio es un momento de exigencias, pérdidas, duelos y, paralela y paradójicamente, de estar a la altura de dar respuestas y sostener funciones primordiales para la supervivencia del bebé. Su duración es subjetiva.

Con la llegada de la pandemia, las voces de quienes asumieron las tareas de crianza de niños/as pequeños/as en el hogar, expresaban la sensación de estar atravesando nuevamente un puerperio por las características antes mencionadas.

En este sentido, la matriz de apoyo (Stern, 1997) es un factor protector y promotor de la salud mental materna y perinatal, y por ende, del vínculo, por lo que trabajar en este sentido es primordial. En relación a ello, Wolfberg (2015) cita a Stern:

La matriz de apoyo no se puede evitar debido a las enormes demandas que tanto el bebé como la sociedad depositan en la madre, pero no se le da en cambio la preparación y los medios necesarios para conseguirlo. La desaparición relativa de la familia funcional ampliada para ayudar a la madre no ha sido sustituida de forma adecuada por otra unidad social. (P.5)

Esta nueva realidad pandémica y el consiguiente ASPO, tuvieron como efecto la interrupción y ausencia de redes

de sostén, apoyo y relevo, obligando a las mujeres a maternar, sostener y acompañar en soledad, siendo esto un factor de riesgo para la salud mental, productor de agotamiento, angustia y sufrimiento.

A lo largo de la historia, la mujer es quien ha encarnado el rol de cuidado, crianza y sostén del hogar (Badinter, 1980). Cuando la conquista del espacio económico-social dio paso a la posibilidad del trabajo remunerado surgió la doble carga: el trabajo remunerado y el hogar. Dichas actividades se superponen depositando en la mujer una enorme carga mental y física siendo esta invisible (Federici, 2018).

En el contexto pandémico proponemos hablar del triple trabajo en simultáneo para las mujeres: el trabajo remunerado, al mismo tiempo que el doméstico y el cuidado y acompañamiento de los/as hijos/as, incluyendo para muchas el ámbito escolar.

Con la imposibilidad de salir de casa para ejercer el trabajo remunerado no había espacio ni lugar diferenciado, tampoco posibilidad de delegar el trabajo de limpieza, higiene y alimentación, quedando anulado el espacio educativo presencial y social para los/as niños/as, pero por sobre todo la ausencia de red para desarrollar todas estas tareas.

Mirada, voz, cuerpo, acompañamiento y sostén permanentes, sin relevo, cobraron el protagonismo de la escena familiar cotidiana. Estas situaciones se presentaron como factores

generadores de agotamiento, estrés, ansiedad, sobrecarga, frustración, desbordes, angustia, trastornos del sueño y en el estado anímico.

La Guardia Virtual de Salud Mental Perinatal: "No estás sola"

Como profesionales de la Salud Mental con formación en el área Perinatal nos planteamos crear un espacio de escucha profesional frente a lo disruptivo, descrito anteriormente. Así surgió la iniciativa de trabajar conjuntamente conformando un equipo para intervenir ante la necesidad de un espacio de escucha y contención desde un saber profesional, respetuoso de la singularidad, comprometido y, dada la situación sanitaria y económica que atravesaba el país, virtual y gratuito. De acuerdo a las necesidades antes descritas y detectadas en la población perinatal en el contexto de pandemia, se armó el dispositivo de Guardia Virtual que se viralizó en redes sociales como modo de dar respuesta ante la emergencia.

Muchas fueron las consultas de mujeres que llegaban pidiendo ayuda profesional, consultas que se enmarcaban dentro de lo que Inés Sotelo (2009) plantea como urgencia subjetiva:

la urgencia (...) siempre confronta al sujeto con el exceso: ruptura aguda, quiebre del equilibrio con que la vida se sostenía, quiebre de los lazos con los otros, con el trabajo, con los pensamientos o con el propio cuerpo, irrupción de lo real, del fuera de sentido

que conduce al sujeto al abismo, al grito sin articulación significativa. (P. 26)

¿Qué tenía en cuenta el dispositivo?

Cuando la consulta llegaba era alojada por una profesional del equipo y se acordaba un momento de encuentro telefónico o por videollamada. En ese encuentro se realizaba una entrevista en la que se precisaba el motivo de consulta y, a partir de allí, se apuntaba a localizar el punto de ruptura/angustia/comienzo de los síntomas o el estado de malestar. De esta manera se realizaba un trabajo de ir de la generalización de la situación de pandemia a lo singular de cada caso en las coordenadas subjetivas.

Luego de esta entrevista, se evaluaba la necesidad o no de un tratamiento psicoterapéutico de acuerdo a lo trabajado. Esto incluía la derivación a colegas psicólogos/as, psiquiatras, pediatras, puericultoras del área pública (en efectores cercanos a su domicilio en el caso que hubiere) o privada, el contacto con profesionales con quienes la consultante realizaba tratamiento (obstetra, psicólogo/a, psiquiatra, etc). Se realizaba supervisión y covisión de casos con el equipo de trabajo.

Este dispositivo se sostuvo durante todo el ASPO, recibiendo consultas en turnos matutinos y vespertinos, todos los días de la semana. Entre los motivos de consulta más frecuentes aparecían el agotamiento, la angustia y ansiedad. Tomaremos dos viñetas que resultan esclarecedoras

del trabajo realizado, los datos fueron modificados para mantener el anonimato de las consultantes.

CASO 1

Mariana se comunica con la guardia una noche a las 2 am. Se la escucha angustiada, desbordada dado que ella fue madre hace un mes y su pareja trabaja fuera todo el día. Dada la situación de pandemia, no cuenta con nadie que pueda ayudarla y relevarla en las funciones de cuidado. La maternidad no es lo que esperaba, la entrega constante la lleva a pensar en hacerse daño a ella misma o a su bebé. Se la contiene telefónicamente hasta que dos horas más tarde se queda dormida hablando. El equipo busca hospitales con equipo de Salud Mental por su zona y al otro día se la llama por teléfono a la mañana. Se le explica la necesidad de que asista a dicha institución y ante su miedo se la acompaña de modo virtual a la misma. Cuando llega y es alojada por la institución se corta la comunicación retomándola más tarde con la noticia de que recibiría atención psicológica y psiquiátrica allí mismo.

CASO 2

Ana consulta en la guardia por episodios de violencia reiterada con su pareja, padre de su tercer hijo de tres meses. Convivían los cinco en un monoambiente y ante cada episodio violento de la pareja ella terminaba pegándoles a los chicos. No tiene trabajo, no tiene red, se encuentra

desesperada. Se la trata de contener mientras se comienza a hacer red con equipos de su zona que puedan alojarla. Se le informa de las líneas 24 horas de atención contra la violencia de género y se la insta a comunicarse. En el lapso de una semana se sostuvieron varias conversaciones con ella hasta que pudo hacer la denuncia y retiraron a su pareja de la casa. Se consiguió quien pudiera ofrecerle tratamiento psicológico gratuito mientras comenzaba un emprendimiento que le permitiera generar ingresos económicos.

Estos dos casos representan la complejidad de las situaciones y el abordaje realizado, requiriendo la construcción y el armado de redes y espacios que pudieran responder ante estas situaciones, incluso flexibilizando el encuadre si así lo ameritaba.

Partiendo de la invisibilización, el silenciamiento y el no reconocimiento del triple trabajo en pandemia asociado naturalmente al género femenino, la Guardia Virtual de Salud Mental Perinatal se propuso, tomando a Alicia Oiberman (2001), como un lugar para devolver la palabra a las maternidades, un espacio en el que frente a la soledad, aislamiento y la interrupción de los lazos sociales, algo del desborde y la angustia pudieran ser alojados, abriendo la posibilidad de poner en palabras aquello frente a lo que no había lugar, espacio ni tiempo para hacerlo, abriendo otra dimensión, a través del establecimiento de un corte. Mercado (2013) se refiere a la psicología

como la disciplina en la que el encuentro “contribuye a construir experiencia en medio de la crisis, acompaña en el afrontamiento del dolor cuando este brota, intenta anticiparse al conflicto, facilitando la comunicación y la comprensión, favorece las redes de sostén mediante el abordaje grupal” (P.33).

La escucha clínica, la ética profesional y la supervisión guiaron nuestro trabajo. La idea de escuchar y alojar la demanda se diferenció de responder a ella, ofreciendo un espacio en donde problematizar y singularizar el malestar, evitando las respuestas anticipadas y universales. La utilidad del trabajo en equipo se ofreció como sostén mientras se trabajaba sosteniendo a otros/as, el armado de redes y el abordaje interdisciplinario fueron claves en el trabajo con población perinatal.

Conclusiones y desafíos

La pandemia intensificó obstáculos y vulneraciones que ya existían en la población perinatal, dejando al descubierto, por un lado, la ausencia de esta etapa en la planificación de las políticas en Salud y por otro lado, la necesidad de brindar dispositivos de atención en personas atravesando esta etapa a este contexto.

Como resultado de esta experiencia, estableciendo lazos entre y con profesionales y pesquizando las necesidades de este período particular, se avanzó en el armado de un nuevo proyecto que dio continuidad a este espacio: “Las Otras Caras, Psicólogas

Perinatales”, dedicado a la orientación, información y atención a la población que atraviesa el período perinatal.

Se decidió continuar con la apuesta de llevar la Salud Mental Perinatal a toda la población, no solamente a los sectores más privilegiados. Se cree que la Salud Integral es un derecho que no debe ser vulnerado, por lo que trabajamos por y para esto, con el objetivo de visibilizar las violaciones y vulneraciones de derechos, desromantizar la maternidad y los trabajos no remunerados de crianza y cuidados, descentralizar la información apelando a que llegue a todo el territorio argentino, no sólo a las grandes urbes.

Mostrar las otras caras, aquellas que son naturalizadas y silenciadas por la sociedad, aquellas caras a las que las políticas públicas aún no pueden responder.

Referencias bibliográficas

Badinter, E. (1980). ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX. Ed. Paidós- Pomaire.

Federici, S. (2018) El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo. Ed. Tinta Limón Ediciones.

Halsband, S., Lorenzo, L., Vázquez, G.H. (2019). Actualización clínica y psicofarmacológica de los trastornos depresivos, los trastornos bipolares y la depresión perinatal. Ed. Polemos.

Ley Nacional 23.277 de Ejercicio Profesional de la Psicología. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina, 15 de noviembre de 1985.

Ley Nacional 25.929 de Derechos de los Padres y de la persona recién nacida. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina, 21 de septiembre de 2004.

Ley Nacional 25.929. Reglamentación Decreto 2035/2015. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina, 1 de Octubre de 2015.

Ley Nacional 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Boletín Oficial de la República Argentina. Argentina, 20 de diciembre de 2019.

Ley Nacional 26.529 de Derechos del paciente en su relación a los profesionales e instituciones de la salud. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina, 20 de noviembre 2009.

Oiberman, Alicia (2001). La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. Universidad de Palermo. Facultad de Ciencias Sociales. Psicobate. Psicología, Cultura y Sociedad. Año 1, Nro. 1.

Oiberman, A. (Compiladora) (2005). Nacer y después. Aportes a la Psicología Perinatal. Ed. JCE Ediciones.

Oiberman, A. (Compiladora) (2013) Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la Psicología. Ed. JCE Ediciones.

Oiberman, A. (2020) Nacer y cuidar. Clínica perinatal: pacientes, contexto, teorías y técnicas. Reseña clínica de intervenciones en crisis. Ed. JCE Ediciones.

Olza, I. (2017). Parir: el poder del parto. Ed. Sipan Barcelona Network S.L.

ONU (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Asamblea General, Septuagésimo cuarto período de sesiones.

Sotelo, I. (comp.) (2009). Perspectivas de la clínica de la urgencia. Ed. Grama ediciones.

Stern, D. (1997). La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Ed. Paidós.

Wolfberg. (2015). Promoción de la crianza saludable, desde la teoría del apego. Presentado en el 1er Congreso Iberoamericano de Primera Infancia. 4to Congreso Regional de WAIMH.