



HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

COMUNICACIONES

Importancia de la inclusión de la salud mental
en la atención integral de mujeres que viven
con VIH/Sida

Objols, M. Julieta; Stolkiner, Alicia I.

Resumen

Un dispositivo dirigido a mujeres-madres que viven con VIH/Sida permitió detectar problemáticas del ámbito de la salud mental, que conllevan sufrimiento psíquico, que no encuentran espacios de atención suficientes en los servicios públicos de salud. Se asocian principalmente con el malestar que promueve la infección en las relaciones con sus vínculos significativos: la pareja, los hijos, la familia de origen, etc. Además de producir malestar subjetivo, pueden dificultar la continuidad de los tratamientos médicos y farmacológicos propios y los de prevención de la Trasmisión Vertical. Este trabajo da cuenta de la importancia que tiene articular acciones en salud mental desde una perspectiva de abordaje familiar, que permitan promover la atención integral de las mujeres que viven con VIH/Sida.

Palabras clave: salud mental, VIH/sida, mujeres

Avance de la tesis doctoral de la primera autora, bajo la dirección de la segunda, llevada a cabo en el marco de un Proyecto UBACYT, en el Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires -UBA-, Ciudad Autónoma de Buenos Aires -CABA (Argentina); recibido en junio 2012, admitido en setiembre 2012.

Autoras: *Becaria de Posgrado Tipo I del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET), **Facultad de Psicología, UBA (CABA) y Departamento de Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús -UNLa-, (Buenos Aires, Argentina). Contacto: julieta.objols@gmail.com

The importance of including mental health as part of the integral care for women living with HIV/AIDS

Abstract

A device conducted with women living with HIV/AIDS that had recently been mothers allowed detecting some problems related to mental health. They are associated with the infection and cause psychic suffering to women. There are not enough health devices to work with these kinds of situations in the Argentinean public health system. These problems are mainly associated with how the infection affects women relationships with their families, their kids, their partners, etc. These problems can also affect women's medical treatments and their babies Vertical Transmission prevention treatments. This work aims to highlight the importance of a family approach perspective to include actions in mental health as part of the integral care of women living with HIV/AIDS.

Keywords: mental health, HIV/AIDS, women

Importância da inclusão da saúde mental na atenção integral de mulheres vivendo com HIV/AIDS

Resumo

Um dispositivo destinado a mulheres-mães que vivem com HIV/AIDS permitiu detectar problemas do campo da saúde mental, que implicam sofrimento psíquico, que não encontram espaços de atenção suficientes nos serviços públicos de saúde. São associados principalmente com o desconforto que causa a infecção nas relações com seus vínculos significativos: o parceiro, os filhos, a família de origem, etc. Além de produzir mal-estar subjetivo, podem dificultar a continuidade dos tratamentos médicos e farmacológicos próprios e os de prevenção da Transmissão Vertical. Este trabalho mostra a importância que têm as ações conjuntas em saúde mental a partir da perspectiva de abordagem familiar, que permitam promover a atenção integral das mulheres que vivem com HIV/AIDS.

Palavras chave: saúde mental, HIV/AIDS, mulheres

I. Introducción

La irrupción de la epidemia de VIH/Sida a finales del siglo xx constituyó un analizador de los sistemas de salud y de las representaciones en las que se sostienen sus prácticas. El sector con el cual se la identificó en sus inicios, el de homosexuales varones, dio cuenta -en los países centrales- de capacidad de constituirse en actor social y cuestionar inclusive el concepto de grupo de riesgo. A su vez, la extensión de la epidemia a mujeres y poblaciones pobres puso de relieve otras facetas de la misma. La problemática de mujeres de bajos recursos que viven con VIH/Sida, y que evidencian necesidades de atención en salud mental no contempladas en la oferta del sistema público, constituye el eje central de un estudio que se está llevando a cabo con mujeres que han sido madres recientemente¹.

Al Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (Ex CNRS)² (Ciudad Autónoma de Buenos Aires -CABA-, Argentina) concurren mujeres con el fin de realizar testeo diagnóstico a sus bebés por Transmisión Vertical³. Las mismas son entrevistadas en el marco de un dispositivo de asesoría instaurado en 2005, cuyo objetivo inicial consistió en indagar causas de interrupción en el proceso diagnóstico de los bebés e intentar subsanar esta situación brindando asesoramiento y un espacio de contención (Obiols, Schajovitsch, Di Corrado, 2009). Durante las entrevistas, las mujeres dan cuenta de distinto tipo de situaciones que se relacionan con la infección y que son causa de sufrimiento psíquico para ellas, y de la información así relevada se pudo constatar que estas problemáticas no encuentran espacios suficientes en los servicios de salud en los que las mujeres se atienden. A partir de un primer análisis de las entrevistas realizadas, resultó posible establecer las primeras categorías de análisis (Obiols, 2011; Obiols y Stolkiner, 2011).

Las problemáticas de las mujeres se asocian principalmente con el malestar que acarrea la infección a las relaciones con sus vínculos significativos. En este sentido, las mujeres dan cuenta de conflictos ligados a la pareja, dificultades para hablar de la enfermedad con sus hijos y temor a contarles a sus familias de origen, situaciones que conllevan sufrimiento psíquico y promueven su aislamiento relacional. Éstas se

suman a las barreras con las que se encuentran las mujeres en su trayectoria dentro del sistema de salud y a la desprotección en la que se hallan en relación a las prácticas y tratamientos vinculados con la infección. Las problemáticas de salud mental pueden, además, dificultar la continuidad de los cuidados y tratamientos médicos y farmacológicos, tanto los propios como los orientados a la prevención de la Trasmisión Vertical. Describir y analizar estas situaciones de padecimiento subjetivo sin psicopatologizarlas permite poner en escena necesidades de cuidado integral que no están siendo cubiertas por el modelo asistencial, y además pensar opciones de cambio para el mismo.

II. Metodología y breve descripción de la población

La investigación que se está llevando a cabo supone un estudio de tipo exploratorio descriptivo (D'Ancona, 1998) ya que lo que se busca es comprender una temática poco explorada hasta el momento. Se trabaja con una estrategia de tipo cualitativa en cuanto a posición epistemológica, que combina técnicas de producción y de análisis de datos cuantitativas y cualitativas, bajo control metodológico (Breilh, 1994). Los instrumentos administrados para la producción de datos fueron una encuesta y una entrevista semidirigida. Las variables que se tomaron en consideración en la encuesta aplicada fueron: edad, nivel educativo, ocupación, cantidad de hijos, situación de pareja, lugar de domicilio, institución de atención en salud, domicilio de la institución de salud. La entrevista semidirigida incluía preguntas abiertas, mediante las cuales se buscaba indagar fundamentalmente cómo había sido para las mujeres el momento del anoticiamiento de la infección, qué tipo de situaciones problemáticas habían surgido a partir del mismo y qué atención se les había ofrecido en los servicios de salud.

El objetivo general del proyecto de investigación consiste en explorar y analizar las posibilidades y obstáculos para la inclusión de acciones en salud mental, como parte de la atención integral (Burtztein, 2010) de las mujeres que viven con VIH/Sida usuarias del sistema público de salud, consultantes en el Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida. Por tratarse de una problemática relacional que

víncula a las mujeres y a los servicios de salud donde se atienden, los objetivos específicos se orientan en dos sentidos. Por un lado, se propone indagar en las características de la población consultante así como dar cuenta del tipo de problemáticas que presentan. Por el otro, se busca indagar sobre las características de la atención disponible en los servicios donde se atienden y las representaciones de los profesionales que en ellos se desempeñan acerca de las necesidades en salud mental de las mujeres (Obiols, 2011).

El análisis de los datos sociodemográficos relevados a través de 150 encuestas administradas en el marco del dispositivo permitió realizar una primera descripción de la población que asiste al instituto. Se trata de mujeres en edad reproductiva, de entre 17 y 42 años, con una media de 29 años. El nivel educativo medio de las mismas oscila entre primario completo y secundario completo. En cuanto a su actividad, el 79% se define como ama de casa. Del 21% restante, el 17% afirma tener otras actividades laborales, el 3% estar desocupada y el 1% ser estudiante. Las mujeres entrevistadas tienen entre 1 y 8 hijos. El 73,3% de las mismas tienen entre 1 y 3 hijos, siendo la moda 2 hijos (30%) y habiendo en la muestra 31 madres primerizas (20,6%). Del total de la muestra, 133 mujeres afirman estar en pareja con el padre del bebé que traen a testear, 14 estar separadas y 3 ser viudas. El 83% vive en el conurbano bonaerense, el 12% en Ciudad de Buenos Aires y el 5% restante en otros partidos de la Provincia de Buenos Aires. Del total, 143 se atienden en hospitales públicos, 6 en el subsector de obras sociales y una en el subsector privado. Entre las mujeres que se atienden en el sector estatal, el 39% lo hace en hospitales de la CABA, el 55% en hospitales del Conurbano Bonaerense y el 6% restante en hospitales de otras zonas de la Provincia de Buenos Aires (Obiols, 2011).

III. Prevención en Salud Mental: el grupo familiar como usuario del sistema de salud

Desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria, las intervenciones en este campo deberían orientarse tanto hacia la asistencia y rehabilitación de personas con trastornos mentales graves y la reinserción de

quienes hayan atravesado internaciones psiquiátricas, como hacia la prevención y promoción de la salud mental en todas las personas que lo necesiten. Si bien el término *usuario* en salud mental suele utilizarse para referirse a las personas que han tenido un diagnóstico psiquiátrico y que generalmente han atravesado una internación, el mismo término puede ser utilizado para referirse a todas las personas que hacen uso de los servicios de salud mental o que podrían llegar a beneficiarse de los mismos⁴.

Además, se puede afirmar que constituyen problemáticas de este ámbito, desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria, todas aquéllas que conllevan sufrimiento psíquico (Augsburger, 2004) para la persona, aunque no puedan definirse como entidades psicopatológicas. En este sentido, las situaciones que relatan las mujeres pueden ser definidas como de incumbencia de este campo porque, si bien no conllevan un diagnóstico clínico, sí son causa de malestar subjetivo para las mismas (Obiols, 2011). Asimismo, desde esta perspectiva, se entiende a la prevención no desde una lógica normativa sino como una acción orientada hacia el desanudamiento de una situación problema (Stolkiner, 1987), la cual, además de ser causa de malestar subjetivo para quienes la viven, puede, en caso de no ser modificada, promover futuros trastornos mentales en esas personas.

La prevención entendida desde esta perspectiva supone la complejidad de las situaciones problema a las que las estrategias se dirigen. En tal sentido, entiende a la situación causante de malestar como producida socialmente, en el vínculo con otros, y no como padecimiento individual, aislado. Así, las acciones en Salud Mental deberían tener como sujeto a grupos humanos, comunidades, poblaciones, y no prioritariamente a individuos. En continuidad con este planteo, se puede entender al grupo familiar en su conjunto como usuario de los Servicios de Salud, es decir, como sujeto en las estrategias de intervención en salud, a partir de su inscripción comunitaria. Esto resulta particularmente importante para abordar las problemáticas que relatan las mujeres, ya que se trata de situaciones problema donde la infección por VIH/Sida interacciona con otras circunstancias de la vida cotidiana, en particular en las relaciones con sus vínculos significativos.

III.1. Algunas de las problemáticas que involucran los vínculos familiares

Un análisis inicial de las entrevistas permitió realizar una primera clasificación de las situaciones problema que conllevan sufrimiento psíquico para las mujeres y que involucran los vínculos familiares. Estas situaciones pueden, además de causar malestar y crear conflicto en los vínculos promoviendo el aislamiento de las mujeres, dificultar la continuidad de los cuidados y los tratamientos.

III.1.1. La inclusión de la infección en la relación de las mujeres con sus hijos e hijas

Algunas de las problemáticas detectadas durante las entrevistas afectan las relaciones con sus hijos e hijas más grandes (niños, niñas y adolescentes). En particular, aparece en forma recurrente la dificultad para hablar de su propia infección con ellos a medida que van creciendo. La misma se asocia con el temor a la reacción de los hijos e hijas, así como también a las consecuencias que podrá tener esta información en sus propias vidas. El conflicto se profundiza cuando los niños y niñas comienzan de forma directa o indirecta a indagar acerca de la situación de sus madres. La necesidad de sostener el secreto puede dificultar a las mujeres el desarrollo y la continuidad de sus cuidados y tratamientos. Algunas mujeres relatan, por ejemplo:

"Mi familia sabe, mis hijos no. No me siento preparada para contarles."
(E.101; 37 años, ama de casa, secundario completo.)

"Prefiero no decirle a mis hijos [12 y 9 años] que la nena [7 años], papá y mamá tienen HIV; no les quiero arruinar la niñez."
(E.74; 39 años, vendedora, secundario incompleto.)

"Mi nena de 12 no sabe nada de mí (acerca de la infección). No sé cómo contarle, no quiero contarle porque siento que es muy chica para todo eso. Ella a la noche viene a mi pieza llorando y me dice que tiene miedo que yo me muera. Yo trato de esconder los remedios, que no me vea tomarlos. A lo mejor debería hablar con ella. Pero no sé cómo decirle."
(E.129; 31 años, ama de casa, primario completo.)

III.1.2. Situaciones conflictivas que involucran el vínculo con sus parejas

Otro tipo de situaciones problemáticas identificadas se relacionan con los conflictos que la infección introduce en el vínculo de pareja. En particular, aparecen los cuestionamientos acerca del recorrido de transmisión del virus en el interior de la pareja, lo cual algunas veces puede desafiar la continuidad de la relación.

"[Después del anociamiento]... no lo podía creer, porque yo tengo una pareja estable, hace catorce años que estoy casada con él, no lo podía creer. Hizo que se movieran un montón de cosas en nuestra pareja..." (E. 51; 31 años, ama de casa, secundario completo).

"No quiere hacerse el estudio [testeo diagnóstico]; se lo hizo una vez al principio [hace 10 años] pero ahora no se lo hace, del tema no se habla. Dice que si es positivo me va tener más odio, él dice que me contagió porque lo engañé." (E.71; 31 años, ama de casa, secundario incompleto; conoce su estado serológico desde hace 10 años.)

También aparece de manera recurrente en las entrevistas la negativa de los varones a realizarse testeo diagnóstico. Esta situación puede algunas veces interferir inclusive en los procesos diagnósticos del bebé. El 25% de las mujeres que están en pareja afirma que ellos desconocen su propio estado serológico por no haberse nunca realizado el test diagnóstico (Obiols, 2011). Algunas cuentan:

"Todavía no logré que se lo haga [el testeo]." (E.4; 27 años, ama de casa, primario completo)

"No sé cómo convencerlo. Hablamos del tema, vamos a ver..." (E.105; 28 años, ama de casa, primario completo)

"Me dice que no quiere hacérselo." (E.18; 26 años, ama de casa, secundario incompleto)

"Dice que no quiere hablar del tema." (E.153; 30 años, ama de casa, Secundario incompleto)

"No quiere hablar del tema, me hace callar a los gritos. No acepta hacerle el tratamiento preventivo al bebé porque él dice que [el bebé] está sano." (E.127; 29 años, ama de casa, secundario completo)

III.1.3. Dificultades que ponen en juego la relación con sus familias de origen

Otro tipo de conflicto que las mujeres relatan frecuentemente, refiere a la relación con sus familias de origen. En particular, remite a la necesidad de mantener el secreto por temor a las reacciones que puedan surgir ante la noticia.

"De mi familia no sabe nadie, no quiero preocuparlos. No hablo con nadie."

(E.85; 26 años, ama de casa, primario completo)

"Sólo hablé con mi prima, si mi familia se entera me echan de mi casa.

[Se separó de su pareja durante el embarazo después de enterarse de su diagnóstico y vive con sus padres] Siento que mi vida se terminó." (E.103; 22 años, ama de casa, primario completo)

"Nadie sabe del tema, sólo hablo con los médicos." (E.127; 29 años, ama de casa, secundario completo)

"Tardé 8 años en contarle a mi familia; tenía miedo, no me animaba, pensaba que no me iban a entender. Ahora me ayudan mucho." (E. 121 35 años. Ama de casa. Primario Incompleto)

III.2. Las formas familiares en el contexto actual

Roudinesco (2003) afirma que la familia conyugal o nuclear que conocemos hoy en Occidente es el resultado de una larga evolución en la cual pueden constatarse tres grandes momentos, asociados a tres modelos distintos de familia. Desde el siglo XVI en adelante, según da cuenta esta autora, es posible distinguir inicialmente el modelo de familia "tradicional", que busca asegurar la transmisión del patrimonio y se apoya en la idea de un orden inmutable del mundo y en la autoridad patriarcal. Entre fines del siglo XVIII y mediados del siglo XX se impone el modelo de familia "moderna", sostenido en la idea del amor romántico, en la que la autoridad se encuentra repartida entre el Estado y los progenitores. Por último, a partir de los años Sesenta, surge el modelo de familia "posmoderna" o "contemporánea", que se caracteriza por reunir a dos individuos durante un tiempo relativo en búsqueda de relaciones íntimas o expansión sexual y en la cual la autoridad resulta altamente problemática de atribuir.

En relación al contexto latinoamericano, Burin (1998) afirma que en nuestra realidad es posible constatar la coexistencia de tres tipos de

rasgos, que permiten caracterizar tanto a las formas familiares como a la situación particular de las mujeres en el interior de las mismas. Por un lado, se verifican rasgos premodernos, tradicionales al decir de Roudinesco (2003), que suponen un modelo familiar de tipo patriarcal, donde la mujer queda relegada al ámbito doméstico y en posición de sometimiento, lo cual se constata particularmente en zonas donde se hace más evidente la extensión de la feminización de la pobreza. También es posible identificar rasgos modernos, representados en formas familiares donde el poder se encuentra más distribuido entre los miembros que la conforman y en las cuales las mujeres se incorporan a la educación y al trabajo remunerado. Por último, se constatan rasgos posmodernos que, según esta autora, se evidencian particularmente en las nuevas formas familiares asociadas al importante desarrollo de las tecnologías de fertilización asistida.

En relación a nuestro país, Torrado (2003) marca una diferencia entre los estudios de origen europeo y lo que resulta posible constatar en el marco de nuestra realidad latinoamericana y, en particular, en la Argentina. La diferencia se centraría en las connotaciones que en nuestro medio ha tenido la fuerte implementación de políticas de impronta neoliberal, en particular durante la década de 1990, y las consecuencias de esas políticas en la reorganización familiar. Como resultado del aumento del desempleo, la pobreza y la desprotección social, muchas familias sufren reorganizaciones particulares que suponen la coexistencia de factores ligados tanto al reposicionamiento social de las mujeres (más parecido a la situación descrita en el contexto europeo) como a situaciones de necesidad que reubican a la mujer dentro de la familia desde el lugar de la urgencia por la supervivencia. En este sentido, los rasgos posmodernos en nuestro contexto deben incluir también estas nuevas formas familiares fundadas en las circunstancias de precarización de las condiciones laborales y en los intentos por contrarrestar los procesos de desafiliación (Castel, 1997).

III.2.1. Las familias de las mujeres que llegan al instituto

Las mujeres que constituyen la población entrevistada han sido madres recientemente (el 20% son madres primerizas). El 89% de ellas está

en pareja con el padre del bebé que viene a testear. El 79 % se define como ama de casa, es decir que se identifica únicamente con su rol de esposa, madre y cuidadora del hogar. En las formas familiares de las mujeres que acceden al centro se pueden identificar rasgos del modelo moderno de conformación familiar (fundado en el amor romántico y con cierto grado de distribución de la autoridad), que mantienen también características tradicionales de la organización familiar de fuerte impronta patriarcal.

El lugar de la mujer dentro del grupo familiar se encuentra asociado fundamentalmente a su rol de esposa y madre. La división sexual del trabajo en la pareja se encuentra claramente establecida. El varón porta sobre sí el rol de proveedor, asociado a un modelo tradicional de masculinidad, y es quien interactúa en el mundo público, mientras que la mujer queda relegada al ámbito privado y al cuidado del hogar. La maternidad se encuentra fuertemente asociada a la femineidad, a partir de la ecuación que iguala mujer a madre (Fernández, 1993), y constituye, muchas veces, el componente identitario principal de las mujeres. En este marco, la infección promueve representaciones que las ubican como posible fuente de transmisión para otros (en especial para sus hijos y su pareja) y/o como posible objeto del cuidado de otros (en particular de sus familias de origen). Estas representaciones se encuentran en clara oposición a los estereotipos de mujer/madre/cuidadora, que conforman un modelo de femineidad producido socio-históricamente (Fernández, 1993), de gran vigencia en el posicionamiento identitario de estas mujeres.

A pesar de constatar esa prevalencia de rasgos modernos en la conformación familiar con roles tradicionalmente delimitados, también se producen interacciones con rasgos del modelo posmoderno, según las descripciones de Roudinesco (2003) y Burin (1998). En este sentido, algunas mujeres que conocen su estado serológico desde hace más tiempo, relatan haber buscado lugares en el mundo público que les permitieran sobrellevar mejor su situación, participando activamente en organizaciones de usuarios, o formándose como agentes sanitarias o enfermeras para informarse y realizar actividades de promoción. También es interesante subrayar que las mujeres que viven con VIH/

Sida se encuentren atravesadas por los desarrollos de las tecnologías de fertilización asistida, ya que éstas permiten evitar el contagio en el caso de las parejas serodiscordantes⁵ y pueden ser utilizadas como parte de las estrategias de planificación familiar. Sin embargo, estos rasgos aparecen en el relato de un grupo muy reducido de mujeres, que conocen su estado seriológico desde hace más tiempo y han podido tener una implicación subjetiva distinta en relación a su infección, muchas veces participando en distintos tipos de actividades tales como grupos de pares o psicoterapias.

Por otro lado, es posible constatar la incidencia de rasgos de la familia posmoderna descrita para nuestro contexto por Torrado (2003). Durante la década de 1990, los roles tradicionalmente asignados a varones y mujeres entraron en crisis como consecuencia de la imposición del modelo de estado neoliberal y de las políticas de ajuste que éste desplegó. En este sentido, la división sexual tradicional del trabajo se vio obstaculizada por las condiciones crecientes de desempleo que dejaron sin trabajo fundamentalmente a los varones e impactaron en las formas familiares, imponiendo una reorganización de los roles y funciones en el interior de las mismas. Las mujeres relatan frecuentemente que sus parejas se encuentran en situaciones de empleo precario, algunos "hacen changas" o "cartonean", lo que hace que ellas se vean obligadas a buscar actividades más o menos formales para contribuir económicamente al mantenimiento del hogar. Además, si bien del total de las mujeres entrevistadas el 73% afirma desempeñarse como ama de casa, resulta interesante constatar que algunas, al ser preguntadas por su ocupación, en un primer momento contestan "nada", para seguidamente denominarse "ama de casa", evidenciando la dificultades que encuentran para identificarse con ese rol en el marco de un importante desdibujamiento de los modelos tradicionales.

III.2.2. La familia y su relación con el proceso salud/enfermedad/atención

Donzelot (1977) describe el proceso sociohistórico a partir del cual la medicina queda vinculada a la familia, asegurándose un lugar en su interior. Desde mediados del siglo XVIII, comienza a desarrollarse una

extensa literatura que busca promover el cuidado de los hijos, con el objetivo de disminuir la elevada tasa de mortalidad durante la crianza. Para este fin, se reorganizan los comportamientos educativos en torno a dos polos: la medicina doméstica y la filantropía. La inclusión de la medicina en el interior del grupo familiar aparece vinculada a la necesidad social de vigilarlo desde adentro. Este policamiento de las familias (Donzelot, 1977) tiene como efecto una reorganización de las formas familiares, que las reduce a los miembros más cercanos y las concentra en hogares exclusivamente familiares. Este proceso conlleva a la conformación y consolidación del modelo moderno de familia anteriormente descrito.

El establecimiento del médico de familia constituye un anclaje directo del médico en el interior de la misma. La alianza entre el médico y la madre "tendrá por función reproducir la distancia, de origen hospitalario, entre el hombre de saber y el nivel de ejecución de los preceptos atribuido a la mujer" (Donzelot, 1977:27). A partir de esta alianza, la mujer adquiere en el mundo privado un estatus y un poder específico que con anterioridad no tenía, como asistente *in situ* del médico. Esto se da fundamentalmente en la burguesía, mientras que en los sectores populares la intervención se lleva a cabo a través de la filantropía, la cual busca reorganizar a la familia popular en función de imperativos económicos-sociales. Este proceso también se organiza en torno al lugar de la mujer, quien es la encargada y responsable de vigilar dentro de la familia. El rol de cuidadora de la salud familiar se constituye, de esta manera, en una prolongación del rol de madre, ya ineludiblemente asociado a la feminidad.

Menéndez (1992) describe la importancia de la relación que se establece entre la familia/grupo doméstico y el proceso salud/atención/enfermedad a partir de tres ejes. Primeramente, la institución familiar como unidad de descripción y análisis, ya que contiene "en forma estructural el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso salud/enfermedad/atención" (Menéndez, 1992:4). En este sentido, la familia es la institución sobre la cual repercuten de forma directa las consecuencias de las crisis socioeconómicas. En segundo lugar, como unidad explicativa, es decir, que permite explicar el proceso

salud/enfermedad/atención. Por último, la familia como unidad de acción, es decir, como un recurso principal del proceso salud/enfermedad/atención, y en particular de la acción médica.

Si bien esta institución en su conjunto tiene un rol privilegiado en la relación que se establece con los servicios de salud, dentro del grupo doméstico no todos sus miembros tienen el mismo protagonismo, especialmente en lo que respecta al último eje. Menéndez (1992:6) afirma que: "...es la mujer, y básicamente la que desempeña el papel de esposa/madre, la encargada de realizar la mayoría de las actividades del proceso salud/enfermedad/atención". Y agrega, también, que ella es la principal encargada de detectar, diagnosticar, establecer los primeros tratamientos, buscar ayuda y tomar decisiones en relación a la totalidad del proceso.

La información recabada durante las entrevistas permite constatar que las mujeres suelen tener a su cargo, además del cuidado de su propia salud, la responsabilidad exclusiva por el cuidado de los hijos (lo cual incluye las instancias de prevención y diagnóstico de la Transmisión Vertical) y muchas veces también de la pareja (el 36% de los varones tiene diagnóstico positivo). En el marco de otras situaciones de salud, no relacionadas con la infección por VIH/Sida, pueden encontrarse también a cargo del cuidado de otros familiares.

Además, la responsabilidad por el éxito de las estrategias de prevención de la Transmisión Vertical, tal como están organizadas en el sistema de salud, recae en las mujeres, sin que el eje central de estas estrategias sea el cuidado de ellas mismas. Por el contrario, su tratamiento se organiza en función del objetivo principal que es la prevención de la transmisión del virus al bebé. Esto resulta fácilmente identificable si se analizan las características de las campañas publicitarias orientadas a la prevención de la Transmisión Vertical, en las cuales suelen aparecer los vientres, los bebés y los niños, pero rara vez las mujeres de cuerpo entero o sus caras. El cuidado de la mujer y sus necesidades específicas son postergados, mientras que se prioriza su utilidad como recurso. A su vez, esto se ve reforzado por la identificación propia de la mujer al modelo tradicional de feminidad y al rol de cuidadora de otros, el cual implica siempre tener que postergarse a sí misma.

IV. Políticas neoliberales, familia y mujer

Durante la década de 1990 se implementaron, en nuestro país, políticas de impronta fuertemente neoliberal, que privilegiaron los intereses de algunos sectores nacionales e internacionales. Bajo el modelo neoliberal, el Estado, lejos de encontrarse ausente, está fuertemente presente, y reorienta las estrategias en función de sus objetivos e intereses, los cuales están claramente definidos (Vila, 2011). En el marco de estas políticas de ajuste, el estado se retiró de su lugar de garante de derechos sociales –salud, educación, vivienda, etc.–, los cuales se volvieron objetos de consumo adquiribles de forma privada (expansión del aseguramiento privado). A esta situación se sumaron las condiciones crecientes de pobreza y de desempleo, resultantes de las propias políticas implementadas (desregulación amplia de la economía y apertura externa del mercado), que deterioraron la situación económica de un número creciente de familias. En conjunto, esta situación tuvo como consecuencia un proceso de desafiliación (Castel, 1997), que implicó no únicamente el deterioro de la situación económica de la familia sino también la ruptura de los vínculos y un fuerte incremento de la desprotección social (Danani y Hintze, 2011).

En relación al sector salud, se constató durante esta década un proceso de mercantilización (Laurell, 1994), a partir del cual la salud se constituyó en un bien comercializable librado a las reglas de juego del mercado. En este marco, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) fue implementada en nuestro país desde una lógica selectiva (Cueto, 2004), promoviéndose una atención primitiva, es decir: “un servicio de segunda categoría para población ídem” (Testa, 1997:163). Las políticas locales fueron orientadas y fuertemente determinadas por normativas de los organismos internacionales a los cuales la economía local se encontraba ligada en función de su importante endeudamiento externo. En particular, el *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993* del Banco Mundial (1993) da cuenta de los lineamientos implementados en salud en nuestro país durante esa década. Este informe promovió intervenciones con el supuesto objetivo de salir de la crisis que había expandido el índice de pobreza y determinado el deterioro de la salud

en grandes sectores; intervenciones que suponían una extensión de las mismas políticas de ajuste que habían conducido a la mencionada crisis en un primer momento.

En sentido general, las políticas en salud durante esta década se propusieron explícitamente: "la transferencia de responsabilidades otrora asumidas por el Estado a las unidades familiares como la forma más barata de elevar los niveles de salud" (Peña Saint Martin y Garduño, 1994:63). Los lineamientos del citado Informe del Banco Mundial enfatizaban el importante lugar de la mujer dentro de la unidad familiar, por su capacidad de implementar estrategias de supervivencia que permitieran absorber los efectos adversos de las políticas de ajuste estructural (Elson, 1992; Peña Saint Martin y Garduño, 1994). En ese contexto, y a partir de la implementación de estas propuestas, el Estado relegaba la responsabilidad por la salud de sus miembros en las propias familias. En particular, en las mujeres, quienes eran consideradas las más aptas para este fin en función de su rol materno, y como extensión del mismo al de cuidadora de todo el grupo familiar. De esta manera, el Estado explotaba el trabajo no remunerado de la mujer como forma de abaratar sus propios gastos, es decir que delegaba el gasto en las familias y, en particular, en el trabajo de las mujeres. Desde esa lógica la mujer ha sido utilizada como principal recurso de las políticas de ajuste, destacando que el modo en que se hizo uso de ese recurso fue "en forma subalterna, subordinada y vertical" (Menéndez, 1992:13).

En el caso de las mujeres que concurren al instituto a realizar la extracción de sangre a sus bebés con fines diagnósticos, esta situación puede ser todavía fácilmente identificada. Si bien las muestras de sangre de los bebés deberían ser extraídas en los hospitales y luego enviadas al Instituto para su análisis, esto no sucede por falta de garantías de seguridad en el traslado. En consecuencia, son las mujeres quienes deben dirigirse junto con el bebé desde sus lugares de residencia (el 83 % vive en el Conurbano Bonaerense) hacia el Instituto ubicado en el centro de la Ciudad de Buenos Aires. Para mayor seguridad, los médicos recomiendan a las mujeres concurrir a testear a los bebés; de esta manera, un costo que debería correr por cuenta del Estado (el traslado garantizado de las muestras de sangre) es transferido a las mujeres, que

deben solventarlo en gasto de viáticos y en tiempo invertido. Se agrega además el costo emocional que implica el tener que realizar el viaje (muchas mujeres relatan que es la primera vez o una de las primeras veces que viajan al centro de la ciudad), sumado a la ansiedad que promueve el tener que enfrentarse al proceso del diagnóstico del bebé.

IV.1. Reposicionamiento de la perspectiva de Derechos en Salud.

Posibilidades para integración de acciones en Salud Mental

Durante la última década, se produjo en nuestro país un cambio de rumbo político en relación a la década precedente. El nuevo modelo de estado que emerge y se desarrolla comienza a revertir buena parte de los procesos llevados a cabo en el marco del Estado Neoliberal. Si bien en la búsqueda de promoción del desarrollo y el bienestar se recuperan características del modelo del Estado Social, se constatan diferencias significativas que dan cuenta del atravesamiento por el período neoliberal (Vila, 2011).

En relación a la acción social, el paradigma de enfoque de derechos y de integralidad, como estrategia para enfrentar la pobreza, reemplaza las políticas selectivas y focalizadas que fueron el recurso implementado en el período anterior. Este nuevo paradigma reconoce la multidimensionalidad del fenómeno y no se orienta hacia la pobreza en sí misma, sino hacia la modificación de los procesos de empobrecimiento. La protección social se incrementa (Danani y Hintze, 2011) desde la perspectiva de universalidad de derechos, desarrollando estrategias específicas como la asignación universal por hijo y su extensión a las mujeres embarazadas, dos estrategias que tienen impacto directo en la situación de las mujeres que concurren al Instituto.

En relación específicamente al campo de la salud, durante la última década se constata, a nivel internacional, el retorno al discurso de los derechos humanos que tiende a reemplazar los enfoques tecnocráticos, característicos del período anterior, centrados en costo-efectividad (Stolkiner, 2010). Desde esta perspectiva, la salud es reposicionada como derecho universal y la Atención Primaria de la Salud recupera su sentido original como estrategia reorganizadora del sistema de salud que garantiza el acceso a ese derecho. Este reposicionamiento supone

un entendimiento de las problemáticas de salud en su complejidad y un abordaje integral de las mismas. Es decir, que la atención no se limita a acciones fragmentadas sino que implica necesariamente la conformación de equipos interdisciplinarios de trabajo y la superación de dicotomías tales como salud/salud mental. Además, supone la participación del sujeto, la familia y la comunidad en el diseño e implementación de estrategias que permitan mejorar su salud. Se promueve, de esta manera, la democratización a través del propio proceso de salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1992).

V. Consideraciones finales

Si bien la Ley Nacional de Sida (23.798) garantiza, además de tratamiento médico y farmacológico, atención en salud mental a todas las personas que viven con VIH/Sida en la Argentina, es posible constatar que ésta no se encuentra igualmente extendida como parte de la atención que brindan los servicios públicos de salud.

El nuevo rumbo político-económico asumido por nuestro país durante la última década parecería constituir un contexto propicio para que se concreten las necesarias reformas en el sector salud. En el marco de la perspectiva de derechos y teniendo como meta la atención integral, las acciones en salud mental deberían encontrarse mejor integradas a las intervenciones médicas y farmacológicas, en todas las instancias de tratamiento de las mujeres que viven con la infección.

Estas prácticas no deberían orientarse en función de una psicopatologización de las problemáticas de las mujeres, lo que implicaría una comprensión aislada de las mismas, sino integrarse en estrategias conjuntas que tengan como eje central su propio cuidado. Es necesario, además, que tales acciones busquen contrarrestar el aislamiento relacional de las mujeres y les permitan implicarse subjetivamente en las situaciones que les toca vivir y empoderarse para poder sobrellevarlas con menos dificultades.

En particular, en este trabajo se da cuenta de la importancia que tiene considerar a la familia como usuaria del sistema de salud, en el abordaje de problemáticas complejas. Articular acciones en salud

mental desde una perspectiva de abordaje familiar permitiría promover la atención integral de las mujeres que viven con VIH/Sida.

Notas

1. Este trabajo constituye un avance de la tesis de doctorado de la primera autora titulada "Mujeres viviendo con VIH/Sida y Salud Mental: posibilidades y obstáculos de la inclusión de acciones en salud mental para el fortalecimiento de la atención integral en el sistema público de salud de población consultante del Centro Nacional de Referencia para el SIDA (CNRS)". La misma se enmarca en el Proyecto de investigación UBACYT 20020100100420 "Articulaciones entre salud mental y atención primaria de la salud desde una perspectiva de derechos -Argentina- 2004 y 2014". Programación 2011-2014, en continuidad con el Proyecto UBACYT: "Accesibilidad y dignidad en la atención en servicios de salud mental de Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense en el período 2002-2010: subjetividad, representaciones de derechos y sistemas de atención" (Programación 2008-2010), ambos dirigidos por la Lic. Alicia Stolkiner. La tesis es llevada a cabo en el marco de una Beca de Posgrado Tipo I financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Directora: Lic. A. Stolkiner. Codirector: Dr. H. Salomón, Director del Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (Ex CNRS), UBA.
2. Recientemente, el nombre del Centro Nacional de Referencia para el Sida cambió a Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (INBIRS, ex-CNRS).
3. Transmisión madre-bebé del VIH durante el embarazo, el parto o el puerperio a través de la lactancia materna.
4. En este sentido, resulta interesante destacar que en el flyer de la convocatoria al evento "Pink Freud. Primer encuentro de usuarios de los servicios de salud mental, por usuarios y para usuarios", organizado por la Asamblea Permanente de Usuarios y Sobrevivientes de los Servicios de Salud Mental (APUSSAM), se aclaraba: "No usuarios abstenerse", dejando a libre interpretación de cada persona el considerarse o no usuario de los servicios de salud mental para participar del evento.
5. Los miembros de la pareja tienen estado serológico distinto (uno positivo y otro negativo). En contraposición, se denominan parejas serconcordantes a aquellas en que los dos miembros tienen estado serológico positivo.

Referencias bibliográficas

- AUGSBURGER, C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. En: *Psicología e Sociedade*; 16 (2):71-80.
- BANCO MUNDIAL. (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington: Banco Mundial.
- BREILH, J. (1994). *Nuevos Conceptos y Técnicas en Investigación*. Ecuador: CEAS.
- BURIN, M.; MELER, I.; (1998). *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- BURSZTY, I; KUSHNIR, R; GIOVANELLA, L; STOLKINER, A; STERMAN-HELMANN, L; RIVERÓS, M; SOLLAZZO, A. (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. En: *Revista Salud Pública*; 12 (1): 77 - 88.
- CASTEL, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.
- CUETO, M. (2004). The origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. En: *American Journal of Public Health*; 94 (11): 1864-1874.

- DANANI, C; HINTZE, S. (2011). Introducción: Protección y seguridad social para distintas categorías de trabajadores: definiciones conceptuales, propuestas de abordaje e intento de interpretación. (pp.9-29). En: DANANI, C; HINTZE, S. (Coord.). *Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina 1990-2010*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- D'ANCONA, M. (1998). *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis Sociológica.
- DONZELOT, J. (1977). *La Policía de las familias*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- FERNANDEZ, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión*. Buenos Aires: Paidós.
- LAURELL, AC. (1994). La salud de derecho social a mercancía. (pp.9-31). En: LAURELL, AC. (Coord.) *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: Fundación Friedrich Ebert/UAM.
- MENENDEZ, E. (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo. En: *Cuadernos Médico-Sociales*; 59: 3-18.
- OBIOLS, J.; SCHAJOVITSCH, J.; DI CORRADO, P. (2009) Implementación de un dispositivo de entrevistas dentro de un centro de investigación básica en Sida. Algunos aportes para mejorar la prevención de la Transmisión Vertical. En: *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología. UBA. Bs As. Tomo III: 275-276.
- OBIOLS, J.; (2011). Mujeres que viven con VIH y Salud Mental. Conformación de una pregunta posible. En: *Memorias IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud Y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. cd.
- OBIOLS, J.; STOLKINER, A. (2011). *Mujeres que viven con VIH/Sida y necesidades de atención en Salud Mental: Una primera aproximación a la problemática. Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y VI Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Tomo III: 151-4.
- PEÑA SAINT MARTIN, F; GARDUÑO, M. (1994). Unidades familiares, mujeres y salud en el "Desarrollo". (pp 61 - 87). En: LAURELL C. (Coord). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México: Fundación Friedrich Ebert/UAM.
- ROUDINESCO, E. (2002). *La familia en desorden*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- STOLKINER, A. (1987). Prevención en salud mental: Normativización o desanudamiento de situaciones problema. Ponencia en IV Congreso Metropolitano de Psicología. Buenos Aires
- STOLKINER, A. (2004). Las familias y la crisis, en: *Cuestiones de Infancia. Revista de Psicoanálisis con niños*. 8: 136-151
- STOLKINER, A. (2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. En: *Revista Medicina Social*. 5 (1): 89 - 95.
- TESTA, M. (1997). *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- TORRADO, S.; (2003). *Historia de la familia en la Argentina Moderna*. Buenos Aires: Ediciones de La Flor.
- VILAS, C. (2011). *Después del Neoliberalismo*. Lanús: Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús.