

**Maternidad y consumo problemático. Algunas reflexiones desde la
Bioética Social**

**Hospital Materno Neonatal Ramón Carrillo
Comité de Bioética - Servicio de Salud Mental**

Autoras:

- Mgter Mariana Illanes Pássera**
- Lic. Gabriela González Ramos**
- Med. Virginia Viale**

Colaboradoras:

- Lic. Lara Papaccio**
- Mgter Carla Pereyra**
- Med Mariana Van Otengen**
- Med Adriana Morales**
- Med Caratti María Marta**

Introducción

El presente trabajo tiene como intención, a partir de la utilización de herramientas teóricas y técnicas del campo de la bioética, aportar miradas críticas del proceso de atención del equipo de salud de los embarazos, nacimientos y puerperios con consumo problemático de sustancias en una institución de tercer nivel de complejidad gineco – obstétrica neonatal estatal.

Tomando la definición de Susana Vidal¹ quien considera la bioética como un campo de conocimientos capaz de incluir no sólo los problemas relacionados a las intervenciones biotecnológicas individuales y globales; permitiéndonos pensar las condiciones que determinan los fenómenos de salud y enfermedad en cada comunidad y región, desde una determinada consideración sobre la vida y la salud y, finalmente, ofreciendo métodos para indagar críticamente la realidad y procedimientos de toma de decisión consistentes con un marco de fundamentación adecuado.

En este sentido, se intentará realizar un análisis crítico del contexto del cual emerge la problemática de salud que se intenta abordar. También se incluirá un repaso de los distintos discursos identificados que representan (a los fines didácticos) algunas de las diferentes posiciones de las pacientes y familias en relación al consumo problemático en la maternidad. Por último, se presentan dilemas que acuden permanentemente al equipo de salud, iniciando

¹ UNESCO. Programa de Educación Permanente en Bioética. Modulo I. Introducción general y antecedentes. Dra. Susana Vidal.

procesos argumentativos y desafíos que no están, ni pretenden aún, estar acabados.

Lo social se hace cuerpos

Actualmente se observan cambios sustantivos, en lo material y no material de la trama social que tienden a romper con **la sensación de seguridad ciudadana, y seguridad de clase**², al tiempo que reina una sensación de incomoda, **incertidumbre** que dificulta y mina la posibilidad de proyectarse hacia el futuro de la mayoría de la población.

En este contexto, el sujeto debe adecuarse, presionado y amenazado bajo la exigencia de **evitar la exclusión**, y por ende **aislamiento** del sistema y de sus **pares**, quienes pasan a ser verdaderos **peligros** para su modo de vida. Se quiebran entonces los lazos sociales “... **deteriorándose los soportes relacionales amplios, populares y familiares** que antes aseguraban una protección próxima...”³.

En este movimiento de dispersión social se van **fracturando los vínculos solidarios** que constituyen para los sujetos el sostén de su ser, condición de su psiquismo y sustento de su identidad, “... poniéndose en cuestión la forma fundamental de articularse con el mundo y los otros...”⁴. Esto Al tiempo que **se generan nuevas formas de alienación** y un alto grado de **riesgo subjetivo, de sufrimiento y patología...**⁵

Sabemos también que la peligrosa **zona de vulnerabilidad o marginalidad**, ya no solo **laboral y social**, sino **existencial**, puede ser la **principal causa del consumo problemático de sustancias**; tal como los **mayores organismos internacionales de derechos humanos y salud lo califican, de la mayor catástrofe epidemiológica humanitaria.**

² Fitoussi, J: “... que la fragilización hacia el interior de las clases es una señal de ruptura de la igualdad de oportunidades, significa que la proyección de movilidad social ascendente ya no está funcionando en la sociedad y, que por el contrario, lo que se percibe es una movilidad social descendente.”

³ Castell, Robert: “La dinámica de los Procesos de Marginalización”. En el Espacio Institucional/1. Lugar Editorial. Bs.As. 1991.

⁴ Quiroga, Ana: Conferencia del 12 de agosto de 2000. Maestría en Salud Mental. Facultad de Trabajo Social. UNER. Entre Ríos, 2000.

⁵ Quiroga, Ana: Óp. Cit.

Lo social se hace texto (discursos) desde el contexto

A los fines de este trabajo se ha intentado identificar discursos que representan (a los fines didácticos) algunas de las diferentes posiciones de las pacientes y familias en relación al consumo problemático en la maternidad.

-Un grupo de pacientes embarazadas o puérperas puede reconocer que consume o ha consumido y, admite que tal situación representa un problema para su maternidad. Este problema se asienta en el proyecto de maternidad, (con el sentido vital adscripto) entrando en interferencia (incongruencia y contradicción) con el consumo. Este consumo se constituye para la persona en problemático, cuando la decisión que supone un deseo posiblemente no esclarecido o consciente pero asumido de ser madre, se contrapone a la compulsión del consumo. Para tolerar esa confrontación psíquica es posible que se alteren y reconstruyan algunas fantasías de resolución:

- Maternidad como un período de suspensión del consumo
- Maternidad como un remedio mesiánico
- Maternidad como un bálsamo que aliviará la situación y permitirá reorganizar, reconstruir o construir un proyecto vital saludable

Estos planteos son tomados por el equipo de salud mental y considerados a la hora de comenzar el trabajo psicoterapéutico o de cuidado específico.

- Otro grupo de pacientes embarazadas o puérperas transitan esta etapa en estado de casi estupor, o suspendiendo transitoriamente su atención a esa situación manifestando sentir la maternidad como una consecuencia no deseada (al menos no esclarecida) del consumo. También suele aparecer como un destino inesperado en su proyecto vital o NO PROYECTO vital. La maternidad, fuera del proceso de decisión, irrumpe una etapa vital de la mujer.

-También podemos identificar discursos de mujeres embarazadas en donde aparece la desestimación del riesgo del consumo debido a su particular lectura de la inocuidad del mismo en relación a la no evidenciada secuela en la experiencia de consumo en embarazos anteriores. Al no encontrar ni reconocer

notorios afecciones síntomas o daño en sus hijos anteriores, asumen esa situación como prueba empírica, rechazando toda propuesta de intervención del equipo de salud e incluso negando deliberadamente el consumo para evitar la intervención sanitaria. Constituyéndose una situación riesgosa y nefasta en términos de pronósticos terapéuticos y de trabajo junto al equipo.

- Equipo de salud

Aun en estas inacabadas y simplistas descripciones, el equipo de salud aparece enfrentado a diferentes DILEMAS BIOÉTICOS.

El equipo se pregunta y repregunta acerca de qué tipo de intervención pudiere ser más oportuna y menos invasiva e irruptiva para la trayectoria vital de la madre, el recién nacido y la familia.

¿a quién tienden a ayudar las intervenciones? ¿Son intervenciones genuinamente psico socio sanitarias o responden a patrones de control social avasallando la libertad individual y autonomía de los sujetos?

¿Quién es el paciente?

Definir quién es paciente para el equipo, resulta complejo. Sin duda los paradigmas dominantes en las disciplinas que conforman el equipo de trabajo entran en conflicto cuando se trabaja en considerar las dimensiones psico socio culturales e históricos en la situación del consumo problemático en maternidad.

Pensando en herramientas de la bioética nos preguntamos en relación a los actores sociales: ¿Quien sufre? ¿La madre – el bebé recién nacido – la familia – la sociedad? ¿Quién o quienes padecen?

Y, de estas preguntas se encadenan a planteos que pretenden responder en torno a cuáles son los valores, derechos y principios en juego: ¿Que derechos garantizamos en el comparecimiento de derechos del binomio? ¿Prima el derecho al disfrute del más alto nivel de salud vs derecho a ser madre? ¿Se plantea la disyuntiva en relación a qué derechos garantizar? Derecho a la salud, a la vida, dignidad, pero que simultáneamente se vulnera otros como la autonomía, integridad, confidencialidad, etc.

Asimismo, los integrantes del equipo tienden a focalizar y a responsabilizarse por “un paciente” específico acorde a las formaciones

profesionales (herramientas teóricas y técnicas); sus trayectorias en el campo sanitario y su posición en el campo social.

Así el equipo permanentemente debe ejercitarse en dilucidar que intervenciones priorizar: aquellas derivadas de enfoques de riesgo o aquellas derivadas del enfoque de derecho. ¿Incluimos alternativas adecuadas al enfoque de género o tendemos a repetir sintomáticamente situaciones que tienden a culpabilizar y oprimir a la madre?

Sin dudas, la toma de la decisión más prudente y oportuna y la elección de cursos de acción no resulta fácil en la dinámica de acción diaria de los distintos escenarios sanitarios, sociales y familiares en la que este binomio esta inmerso.

¿Construcción de intervenciones vs repetición del intervencionismo?

Aparecen situaciones en donde comparecen diferentes exigencias de ritmos de trabajo debido a los diferentes niveles de atención que cada disciplina- o servicio- defina como prioridad (y el ritmo de atención derivado del mismo). Así todas las disciplinas tienden a tratar de resolver las problemáticas del binomio mientras dure la internación derivada de la forma de nacimiento (parto=24 hs; cesárea=36hs). Sin embargo cuando aparece el consumo problemático en madres, las intervenciones tienden a complejizarse y con ello se enlentece el ritmo habitual de trabajo del equipo, modificando el trayecto natural del binomio en esta institución. A igual tiempo, el humor social que suele rodear la situación de un nacimiento, se enrarece y contamina de los estereotipos y prejuicios sociales en relación al consumo problemático.

¿Son pertinentes las intervenciones psico socio familiares en el puerperio inmediato? O acaso no consideramos a esta etapa vital como critica en términos de reorganización de la personalidad, esquema corporal, configuración familiar ? Sería oportuno entonces sumar exigencias psíquicas al mismo ? ¿Los beneficios o efectos nocivos de las intervenciones propuestas desde el equipo de salud, son valoradas por los padecientes o por el equipo?

Siguiendo la anterior línea de análisis también nos preguntamos en relación a algunas intervenciones que proponemos desde el equipo que tienden a buscar anclajes familiares (referentes afectivos para la mamá) y sociales (centro de salud, instituciones religiosas, etc.) para contener al binomio

posterior al egreso en su comunidad. Entonces al vínculo naturalmente privado e íntimo, se le introducen terceros que ejercerán función de supervisión y control social en nombre de lo público. El límite entre la protección de la vulnerabilidad del binomio y la posibilidad de dar su consentimiento en uso de sus capacidades, es borroso y difícil de establecer...

Inhibición de la lactancia

No hay dudas que la inhibición de la lactancia en madres con consumo problemático se indica en pro del bienestar y cuidado del bebé, pero es menester destacar que esta indicación tendrá también una consecuencia en el vínculo temprano, alterando los registros vinculares primitivos que son el cimiento de la personalidad de los sujetos. Asimismo, la decisión de la inhibición a quien correspondería? A la madre debidamente informada sobre las consecuencias del consumo? Al equipo que protege al recién nacido subrogando derecho vulnerado del bebé por su madre?

Asimismo, fue necesario admitir la necesidad de garantizar la provisión de leche para estos bebés debido a que la política pública en relación a la promoción de lactancia exclusiva hasta los 6 meses, no contempla o no protege éstas, como otras tantas, situaciones.

A modo de cierre... abrimos aun más los dilemas

¿Acaso la falta de políticas públicas y de estrategias socio comunitarias en relación a la prevención y asistencia del consumo problemático, no nos empuja a rigidizar las condiciones de alta y nos hace construir propuestas de seguimiento del binomio que se confunden con un PERSEGUIMIENTO?

¿Acaso las propuestas del equipo de salud hacia la familia no suelen re victimizar al binomio con improntas condenatorias que vuelven a favorecer la falta de integración social, laboral y cultural de la que generalmente se consideran factores inespecíficos de sostenimiento del consumo problemático?

Como señala Robert Castell, de allí la importancia de ir generando en paralelo a las acciones institucionales hospitalarias políticas e intervenciones preventivas comunitarias y reparadoras de inserción relacional y laboral, de manera de por lo menos evitar el enquistamiento de las situaciones de

marginalización y posibilitar el reposicionamiento del sujeto cognoscente para que pueda, sólo desde este lugar, resistirse y confrontar con la estructura perversa que lo desmiente.

Desafíos

En el presente trabajo se ha intentado repasar múltiples dilemas que se van plateando y rediseñando en el marco del trabajo de un equipo interdisciplinario de salud con sujetos padecientes de esta compleja problemática.

Se trató de dejar evidencia (ironía) de la dificultad de aplicar un protocolo de atención para todos pacientes con consumo problemático (F19) debido a la importancia de considerar la singularidad de cada padecimiento en situación particular psico-socio familiar.

Lo anteriormente expresado no deja de considerar la importancia de repensar discursos dominantes en el campo de la salud, adaptándose activamente⁶ a ellos como modo de instalar temas históricamente invisibilizados en este campo, para luego ir redefiniendo prácticas de trabajo oportunas a la realidad psico socio familiar del binomio, evitando cualquier procedimiento repetitivo y acrítico que vulnere la dignidad de los sujetos y también la dignidad de los equipos de salud en contextos de pobreza y exclusión, es decir, de vulneración de derechos. (oportunidad y adecuación vs adaptación a la pobreza)

Otra vez la pregunta de la ética se nos hace presente, ¿qué debemos hacer? Adela Cortina (Cortina, A., 1996) lo ha expresado muy bien cuando dijo ya hace tiempo que las metas de la (bio13) ética se resumen en un imperativo ético articulado en tres momentos:

- hacerse cargo de la realidad (comprender la realidad situada, a partir de un adecuado diagnóstico de situación),
- cargar con ella (tomar las decisiones necesarias de manera oportuna)
- encargarse de ella para que sea como debe ser. Este último momento, es el cierre necesario de una bioética social transformadora, fundada en un modelo de responsabilidad solidaria, que se presenta como única alternativa honesta

⁶ Adaptación activa Pichón Riviere

para un quehacer profesional que pretende levantarse desde el extremo más profundo de la inequidad.