

Salud mental perinatal y cuidados. Intersecciones y reconfiguraciones en contexto de pandemia por Covid-19, en Argentina

Saúde mental perinatal e cuidado. Interseções e reconfigurações no contexto da pandemia de Covid-19, na Argentina (resumo: p. 14)

Perinatal mental health and care. Intersections and reconfigurations in the context of the Covid-19 pandemic, in Argentina (abstract: p. 14)

María Fernanda González^(a)

<maria.gonzalez@uner.edu.ar> 

Marina Mattioli^(b)

<marumattioli@gmail.com> 

^(a) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Entre Ríos. Lorenzo Sartorio 2160, E3260, Concepción del Uruguay, Argentina.

^(b) Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Entre Ríos, Jordana 50, E3260 Concepción del Uruguay, Argentina.

La salud mental perinatal refiere a los procesos psicosociales que ocurren en el embarazo, parto y puerperio. Se realizó un estudio con diseño cuanti-cualitativo, con muestreo por cuotas, con embarazadas y púerperas de tres hospitales en dos provincias argentinas en pandemia por Covid-19. Se realizó una encuesta presencial a 300 mujeres. Los resultados indican un leve aumento del tiempo dedicado a los cuidados y una disminución del dedicado al trabajo remunerado. Se encontró una gran preocupación por los cambios en la atención sanitaria, el cuidado y salud de sus hijos/as y la gestión cotidiana del cuidado. Se registró alta incidencia de ansiedad en embarazadas y depresión puerperal. Estudiar la salud mental materna y la organización de los cuidados bajo la perspectiva de género permite una comprensión más integral de los padecimientos de las mujeres madres entendidas como sujetos sociales.

Palabras clave: Cuidados. Salud mental perinatal. Género. Covid-19. Argentina.

Introducción

La salud mental materna y perinatal está relacionada con los procesos fisiológicos, psicológicos y socioculturales implicados en la concepción, embarazo, parto, puerperio y vínculo temprano e incluye a la díada madre-bebé hasta el primer año de vida¹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)², durante este período una de cada cinco mujeres puede presentar padecimientos psíquicos y sintomatología que implica pérdida de bienestar (sentimientos negativos, llanto, preocupaciones excesivas, alteraciones del sueño y del apetito, etc.). Las mujeres y personas gestantes que atraviesan estos padecimientos psíquicos suelen encontrar poco apoyo y comprensión en sus medios familiares, comunitarios y sanitarios, en parte por la gran carga de estigma que deriva de no vivir y encarnar la maternidad idealizada socialmente³.

Desde las aproximaciones feministas en el campo de la salud se viene señalando la necesidad de comprender los padecimientos psíquicos de las mujeres, y especialmente de las mujeres madres, dentro del marco de las desigualdades y opresiones que imponen los sistemas patriarcales⁴. Desde el feminismo radical se ha afirmado que los padecimientos psíquicos de las mujeres no deberían ser entendidos como enfermedades, tal como proponen los paradigmas psiquiátricos de base naturalista y positivista, sino que deberían comprenderse en el marco más amplio de las condiciones de vida y los determinantes sociales de la salud. De este modo se propone revisar la dualidad salud-enfermedad e incorporar la noción de malestar psíquico⁵, que enfatiza la concepción de las mujeres como sujetos sociales que se construyen en relación con modos de existencia específicos. Para Burin⁴ hay que prestar atención a las condiciones sociales y económicas en que se ejercen las maternidades para comprender los padecimientos psíquicos vinculados a ese ejercicio. Por su parte, Zanello⁶ refuerza esta idea al afirmar que existen modos de subjetivación específicos de las mujeres que suponen formas particulares de sentir, actuar y padecer. Para la autora, la maternidad se constituye como uno de los más poderosos dispositivos de creación de subjetividad en las mujeres encarnando, a lo largo de la historia, diferentes ideales surgidos de las dinámicas capitalistas y patriarcales. En ese sentido, la autora describe y explica cómo han ido surgiendo ciertos ideales, vinculados a una pedagogía de los afectos, como el amor materno incondicional, la permanente disponibilidad para cuidar y proteger dentro del ámbito doméstico, la entrega y la abnegación. Este dispositivo configuró (y lo continúa haciendo) a “las mujeres-madres como las principales responsables por la felicidad y el bienestar de la familia”⁷ (p. 139). En esa misma línea, Brandão⁵ sostiene que las desigualdades de género (y las violencias cotidianas que ello trae aparejado) son el principal determinante de la salud mental materna y propone, siguiendo a O’Reilly et al.⁷ politizar la maternidad con el fin de desvelar las condiciones sociales, económicas y afectivas que pesan sobre el ejercicio de la maternidad y el efecto que todo ello tiene sobre la salud mental.

Desde el campo de estudio de la economía del cuidado se pone atención a las actividades y prácticas necesarias para atender y satisfacer las necesidades vinculadas con el sostenimiento de la vida⁸. Entre ellas se encuentra el trabajo de cuidado, que según Batthyány⁹ es inherentemente relacional ya que se realiza en función de otras personas con el fin de asegurar tanto la provisión de elementos materiales (vestimenta, comida, etc.) como afectivos y emocionales. A lo largo del tiempo y en diferentes

sociedades, el trabajo de cuidado se ha ido repartiendo entre las familias, el Estado y otras instituciones aunque ha sido una constante la mayor carga de cuidado que han debido asumir las mujeres bajo un mandato patriarcal y capitalista que las ha hecho las principales responsables de las tareas domésticas y de crianza. Según estas perspectivas, el reparto desigual de cuidados está a su vez mediado por factores como la participación del Estado y la pertenencia a diferentes estratos socioeconómicos. Las mujeres de estratos socioeconómicos bajos encuentran fuertes limitaciones para realizar un trabajo productivo en el mercado formal si no cuentan con redes de cuidado provistas por la comunidad y/o el Estado (espacios de cuidado de hijos/as, escuelas con horarios extendidos, etc.).

El diálogo y articulación entre los tres campos abordados en este trabajo, a saber, salud mental perinatal, enfoque de género en salud y economía del cuidado define un entrecruzamiento conceptual que permite estudiar los modos específicos en los que aparecieron ciertos padecimientos en salud mental perinatal situándolos en el contexto de pandemia por Covid-19 entendido como un escenario que potenció las ya existentes desigualdades e inequidades de género y aumentó las tareas de cuidado.

El contexto pandémico trajo aparejado un alto nivel de preocupación y sufrimiento para embarazadas y puérperas tanto a nivel global como local. A nivel global, las mujeres embarazadas y puérperas vivieron la situación de pandemia con altos niveles de ansiedad y depresión¹⁰⁻¹², en mucho mayor grado que en épocas prepandémicas. En parte, esta afectación conjunta de ansiedad y depresión se relaciona con variados factores, entre ellos, la situación económica familiar motivada por cambios en los ingresos económicos, pérdidas de empleo o por pertenecer a grupos con bajo nivel socioeconómico, sin disponibilidad de contar con ahorros ni ingresos regulares para sostenerse frente al cese de actividades laborales. Las embarazadas y puérperas también experimentaron preocupaciones vinculadas a la salud de sus bebés y de otros integrantes de sus familias, motivadas en parte, a tener que asistir a hospitales colapsados por la atención a la pandemia. En Argentina, se encontró mayor incidencia de ansiedad, depresión y afecto negativo en embarazadas que en la población general, sobre todo en los dos primeros meses del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO)¹³. Si en épocas prepandémicas la incidencia de depresión posparto en puérperas argentinas era de entre el 21% y el 37%, en pandemia esa incidencia llegó a situarse entre el 50 y el 68%¹⁴.

La pandemia también significó una sobrecarga de trabajo de cuidados para las mujeres, especialmente las mujeres madres. Ellas se encargaron de los requerimientos escolares, de la atención de la salud, de generar actividades de esparcimiento para los niños y niñas en confinamiento, etc. En la mayoría de los hogares, fueron las madres las que ayudaron a sus hijos e hijas en las tareas escolares: en el 87% de los hogares los niños, niñas y adolescentes recibían ayuda de la madre para realizar sus tareas y en el 22%, del padre¹⁵. Al mismo tiempo, otras opciones para organizar el cuidado, como el trabajo doméstico remunerado y la ayuda de familiares no convivientes (por ejemplo, de abuelas y abuelos), dejaron de estar disponibles.

A su vez, la pandemia supuso fuertes cambios en la atención sanitaria a la población de embarazadas y puérperas ya que los sistemas sanitarios se vieron fuertemente abocados a la contención y tratamiento del Covid-19. Estos cambios sucedieron también a nivel internacional tal como señala el estudio realizado por Seeman, et al.¹⁶ en 80 países (entre los que se encontraba Argentina), y se tradujo en alteraciones en los cuidados en la salud antenatal, en la atención al parto y al nacimiento y en los cuidados posnatales y del recién nacido. En Argentina, la asociación civil Las Casildas recopiló opiniones de mujeres entre marzo y junio de 2020 mediante un cuestionario online¹⁷. Aunque no se trata de un estudio sistemático, los datos obtenidos ayudan a dimensionar algunas de las vicisitudes que vivieron las embarazadas y puérperas en la atención sanitaria. Sobre 754 mujeres encuestadas por Las Casildas, el 31% indicó que fueron separadas de sus hijos/a después del nacimiento, acentuándose así una práctica habitual y contraria a los derechos definidos en la ley de Parto Humanizado (ley N° 25.929 sancionada en 2004). También se encontró suspensión o distanciamiento de turnos para seguimiento del embarazo y estudios clínicos así como un aumento de cesáreas sobre todo las programadas.

Salud mental perinatal en pandemia: un estudio en Argentina

En los siguientes apartados se dará cuenta de algunos resultados de un estudio realizado en tres hospitales públicos argentinos en el que se indagó el modo en que las embarazadas y puérperas transitaron la pandemia (especialmente, los cambios en atención sanitaria) y la incidencia en la salud mental. En la investigación se optó por un diseño cuanti-cualitativo de corte transversal con triangulación de técnicas cuantitativas y cualitativas. Se utilizaron instrumentos estandarizados como la prueba GAD-7 (Generalized anxiety disorder) para medir ansiedad en embarazadas¹⁸ y la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo (EPDS) para puérperas¹⁹. Se trabajó con una muestra no probabilística por cuotas, que se establecieron por hospital, por nivel educativo y por edad de las mujeres. Los hospitales donde se llevó a cabo el estudio fueron Narciso López ubicado en Lanús, en el conurbano bonaerense (462.000 habitantes, según Censo 2022); Centenario de la ciudad de Gualeguaychú (126.000 habitantes, provincia de Entre Ríos, según Censo 2022) y Justo José de Urquiza, de la ciudad de Concepción del Uruguay (116.430 habitantes, provincia de Entre Ríos, según Censo 2022). La elección de los hospitales radicó en la viabilidad del proyecto, dado que se contaba con acceso a estas instituciones. Se entrevistó de forma personal y presencial a 300 mujeres (150 embarazadas y 150 puérperas) que asistían o habían tenido su parto en tres hospitales de dos provincias argentinas y que habían firmado un consentimiento informado. A diferencia de otros estudios llevados adelante por medios virtuales en tiempos de pandemia, las encuestas realizadas se desarrollaron en forma presencial en el ámbito hospitalario dado que investigadoras del equipo trabajan en las instituciones. El estudio se realizó desde octubre de 2020 a febrero de 2021, contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud UNER en 28/07/2020 y se llevó adelante con el apoyo de una beca de la Dirección de Investigación en Salud, del Ministerio de Salud de la Nación.

En este trabajo nos centraremos en la presentación de algunos datos sociodemográficos de embarazadas y puérperas para describir la muestra y luego se analizarán la organización de los cuidados en pandemia junto con datos de salud mental perinatal.

Datos sociodemográficos y conformación de hogares

En el estudio, el 51% de las mujeres embarazadas pertenecían a un nivel socioeducativo bajo y el 49% a un nivel alto, determinado por los años de escolarización cumplidos (secundaria incompleta y completa). Las edades de las participantes estaban asociadas al muestreo por cuotas, que se cumplió estrictamente: 10 embarazadas de 16 a 19 años, 20 embarazadas de 20 a 30 años y 20 de 31 años y más en cada uno de los hospitales estudiados.

Al indagar sobre el estado civil se encontró que el 11% del total reportó estar casada, un 17% soltera, sólo 1 mujer estaba separada y la mayoría -71%- en pareja de hecho, comprometida o conviviendo en pareja. En cuanto al lugar de residencia primaron las ciudades en las que se localizaban los hospitales (26% eran de Concepción del Uruguay, 31% residían en Gualaguaychú y 21% de Lanús) y le siguieron con porcentajes menores -entre 2% y 4%- ciudades o partidos cercanos.

El 59% de las mujeres eran amas de casa; el 10% estudiantes, el 9% trabajaba de forma autónoma; el 7% lo hacía en un trabajo formal y el 7% en un trabajo informal. De estos valores interesa destacar que el 72% de las mujeres encuestadas en el hospital de Gualaguaychú se identificaron como amas de casa, el 70% de las del Hospital Urquiza y sólo el 36% de las de Lanús, donde aumentó de forma leve el trabajo autónomo, no registrado e informal. Llama la atención que sólo el 4% de las mujeres encuestadas en cada hospital trabajaba de manera formal y registrada, lo que expresa la precarización del empleo e impacta en el ingreso y la cobertura de salud. En cuanto a esta cobertura, el 92% de las embarazadas y el 87% de las puérperas tenían cobertura pública de salud. El 65% de los hogares de las encuestadas embarazadas estaban conformados por hasta 4 personas y un 35% de hogares por 5 o más personas. Al indagar la composición de los mismos se destaca que en el 61% de los hogares residían niños/as de 0 a 12 años y en el 34% adolescentes de 13 a 18 años. En todos los hogares residían adultos, predominando dos (73%). En casi el 5% de los hogares vivía alguna persona con discapacidad o adultos mayores con discapacidades funcionales.

De las encuestadas puérperas, el 53% era de nivel socioeducativo bajo y el 47% de nivel alto. Considerando los tramos de edad, también se logró estrictamente el esquema de cuotas (10 puérperas de 16 a 19 años, 20 puérperas de 20 a 30 años y 20 de 31 años y más en cada uno de los hospitales estudiados). Al indagar el estado civil encontramos que el 10% del total reportó estar casada, el 15% soltera, sólo 2 mujeres refirieron estar separadas y la mayoría -73%- en pareja de hecho, comprometida o conviviendo en pareja. La ocupación de las mujeres puérperas registró diferencias más amplias entre los hospitales. Más de la mitad del total respondió ser ama de casa, pero al diferenciar por hospital se encontró que eran el 72% en el Hospital Centenario, el 62% en el Hospital Urquiza y sólo el 32% en el Hospital Narciso López. En oposición, en ese último

hospital el 20% señaló trabajar en relación de dependencia no registrada, mientras que en los otros dos hospitales sólo se registra el 2% y el 4% en esa condición. Similar situación se presentó en la categoría trabajo informal/temporal: 13% del total refirieron encontrarse en esta condición. Sólo el 8% de las mujeres encuestadas respondieron trabajar en forma autónoma/independiente. Las otras categorías presentaron frecuencias menores y semejantes entre los hospitales: el 7% son estudiantes y el 7% trabaja en relación de dependencia registrada. En el caso de esta población nos encontramos con un 59% de hogares conformados por hasta 4 personas y un 41% de hogares de 5 o más personas. Al indagar la composición de los mismos destacó que en el 93% de los hogares residían niños/as de 0 a 12 años y en el 32% de los hogares había también adolescentes de 13 a 18 años. En todos los hogares residían adultos, predominando dos (73%). Sólo en 4 hogares residía alguna persona con discapacidad o adultos mayores con discapacidades funcionales. El 28% de las mujeres encuestadas vivían en Concepción del Uruguay, el 27% en Gualeguaychú, el 24% en Lanús - las tres ciudades en donde se localizaron los hospitales-, y el resto en ciudades vecinas de la provincia de Entre Ríos y del conurbano sur bonaerense.

La organización del cuidado en tiempos de pandemia.

Los resultados sobre las horas destinadas semanalmente al trabajo remunerado y a las tareas de cuidado y trabajo reproductivo, antes y después de la pandemia, son particularmente relevantes porque son indicadores de los cambios en la organización familiar.

Las mujeres que asisten al Hospital Centenario trabajaban en forma remunerada antes de pandemia algo más de 24 horas y luego de la pandemia 16 horas. El tiempo dedicado al trabajo no remunerado y de cuidado pasó de 39 horas semanales antes de la pandemia a 40,3 horas en pandemia. Las mujeres que se atienden en el Hospital J.J. Urquiza trabajaban en forma remunerada 36 horas antes de pandemia y 26 horas en pandemia. El tiempo dedicado al trabajo no remunerado y de cuidado pasó de 28 horas semanales antes de la pandemia a casi 30 horas en pandemia. Por último, las mujeres que se atienden en el Hospital Narciso López trabajaban en forma remunerada 26 horas y luego de la pandemia se redujo a 16 horas. El tiempo dedicado al trabajo no remunerado y de cuidado pasó de 24 horas semanales a 30 horas.

Estos datos coinciden con lo sucedido a nivel general, donde las mujeres vieron incrementadas las horas dedicadas al cuidado y tareas reproductivas durante la pandemia aunque la reducción del tiempo destinado al trabajo remunerado no sólo se debería a la situación sociosanitaria, sino también a otros factores como licencias por maternidad. Por otro lado, tal como se mencionó en párrafos anteriores se registran entre las encuestadas altos porcentajes de amas de casa lo cual incide en la leve modificación del tiempo dedicado al cuidado antes y durante la pandemia, es decir, se trataba de un trabajo que ya recaía en ellas. Por último, cabe destacar que si bien la indagación se centró en las horas semanales de trabajo productivo, reproductivo y de cuidados, sin detallar la simultaneidad de tareas,

los registros de campo permiten reflexionar sobre la dificultad de las mujeres a la hora de realizar el conteo semanal. En muchos casos las investigadoras reportaron las dudas de las mujeres al responder que nunca habían calculado los tiempos dedicados a cada tarea y que, en general, realizaban varias actividades de forma simultánea. Todo ello además podría haber generado un subregistro temporal que impediría valorar adecuadamente el aumento de los trabajos de cuidado en pandemia, en la población estudiada. No obstante, algunos extractos de las preguntas abiertas de la encuesta permiten valorar la carga de preocupación por los trabajos de cuidado: “Soy madre soltera, vivo sola con mi hija. Me preocupa la no apertura de la guardería municipal (...)” “Debo volver a trabajar dejando a mi beba al cuidado de mi mamá y mi suegra, ambas personas de riesgo” (Extracto de encuesta).

Salud mental perinatal: atención sanitaria y preocupaciones en pandemia

El escenario de incertidumbre que marcó la pandemia fue vivido con fuertes preocupaciones por parte de las embarazadas y puérperas del estudio. Algunas de estas preocupaciones refirieron al modo en que se organizó la atención sanitaria (un elemento prioritario para la salud perinatal) y otras se vincularon con la organización de la vida cotidiana y los cuidados.

En concreto, el 63% de las embarazadas y el 64% de las puérperas manifestaron preocupación por los cambios en la atención sanitaria en pandemia. Este dato se puede poner en relación con la escasa información que mencionaron haber recibido por parte del sistema de salud: el 58% de las embarazadas y el 49% de las puérperas contestaron que no recibieron suficiente información sobre el Covid-19. Cuando se indagó en el tipo de información recibida se encontró que se refirió a los protocolos básicos de cuidado dentro del hospital (higiene de manos, uso de barbijo, etc.). Este dato permite entender también la alta preocupación que manifestaron por la salud de su hijo/a (del 90% en embarazadas y 91% en puérperas). Las mujeres relataron temores en relación con posibles contagios al asistir a la atención sanitaria, que se las separe de sus bebés en el parto, y por las consecuencias de una posible infección de coronavirus en ellas o sus bebés. Una de las respuestas de las mujeres sintetiza todas las preocupaciones “Me preocupa todo, que me contagie en el hospital, que tenga algún problema por el Covid-19, que no pueda estar cerca mío mi bebé, que no pueda estar acompañada en el parto” (Extracto de encuesta). Al indagar en forma abierta por mejoras o ayudas para sí o para su familia en pandemia, las mujeres mencionaron algunas cuestiones relacionadas con la calidad de atención sanitaria, como evitar demoras en la sala de espera, agilizar la solicitud de turnos en forma telefónica dado que tuvieron que asistir personalmente o poder contar con un teléfono para evacuar dudas sin necesidad de salir de los hogares. También enfatizan que la información que se brinde sobre los protocolos, tanto de Covid-19 como de internación sea clara. Cuando se preguntó si les hubiera resultado útil recibir información sobre cómo reducir el estrés en el embarazo, las puntuaciones se reparten. Al 70% de las embarazadas del Hospital de Lanús les hubiera resultado de mucha ayuda, mientras que sólo al 44% y el 22% de las embarazadas del hospital de Gualeguaychú y de Concepción del Uruguay, les hubiera resultado de mucha ayuda.

Destaca el 48% del Hospital Urquiza que contestan que les hubiera resultado de poca ayuda. Lo mismo sucede con el acceso a un/a profesional de salud mental. Sólo las embarazadas del Hospital de Lanús responden (56%) que les hubiera gustado tener acceso a ese recurso mientras que las embarazadas de los otros dos hospitales entienden que les resultaría de poca ayuda (22% Gualeguaychú y 38% Concepción del Uruguay).

En cuanto a cómo ha afectado el ASPO la vida cotidiana de las embarazadas, se destaca una fuerte afectación en el 54% de las embarazadas del hospital Narciso López frente al 26% y el 36% de los hospitales Centenario y Urquiza respectivamente. En ese sentido, podríamos suponer que las medidas tomadas en el ASPO se tradujeron en diferentes realidades según se tratara de ciudades más pequeñas (como Gualeguaychú y Concepción del Uruguay) o más grandes (como es el caso de Lanús, que forma parte del gran conglomerado urbano del Gran Buenos Aires), en las cuales hubo diferentes restricciones a la movilidad, al acceso a espacios verdes, etc. Esta diferencia entre ciudades también se observa en la imposibilidad de realizar actividad física y la afectación de la pandemia en general: siempre hay valores más altos entre las embarazadas y puérperas que asisten al hospital Narciso López. A su vez, la vuelta a casa y la organización de los cuidados instala otras preocupaciones como por ejemplo, cómo gestionar las visitas al recién nacido/a y evitar los posibles contagios, los cuidados de hijos mayores en los espacios educativos; la preocupación del cuidado de los demás hijos/as ya que no se podía contar con algunas ayudas familiares por las limitaciones del ASPO y DISPO, etc.

En las puérperas, la mayor preocupación es la salud de su hijo/a en contexto de Covid-19, con leves diferencias entre hospitales. Al describir las preocupaciones señalan centralmente el miedo a que se contagie y las consecuencias de la enfermedad y el temor a ser separados y aislados luego del parto. Luego es mencionada la preocupación por la llegada al hogar y las medidas de cuidado al tener hermanos mayores que asisten a la escuela: como manifiesta una encuestada “[tengo temor] que mis otros hijos vuelvan al cole, uno sabe lo que hace, pero el otro no” (Extracto de encuesta). Al indagar en forma cualitativa las preocupaciones encontramos -en el caso de la atención del embarazo- menciones referidas a no poder recibir todos los controles, que los controles tengan que ser virtuales y no poder estar acompañada en los mismos. Respecto a la atención del parto preocupó fuertemente el acompañamiento y no poder recibir atención si aumentaban los casos de Covid-19. Refiriéndose ya al bebé destacaban nuevamente el temor al contagio y el temor a que necesite acudir a neonatología o necesitar cuidados especiales. Muchas respuestas dieron cuenta de la incertidumbre en general que se vivió en los primeros momentos de la pandemia y las puérperas refieren reiteradamente: “Que haya cambios de último momento por la pandemia”; “que haya cambios que puedan modificar más la cotidianeidad”; “que haya cambios inesperados a último momento, por la pandemia” (Extractos de encuestas).

Las preocupaciones sobre cambios en relación al acompañamiento familiar dan cuenta de dos situaciones típicas. Por un lado, la preocupación por las medidas de aislamiento y que los familiares no puedan conocer al nuevo integrante, o que -contrariamente- acudan igual a conocerlo y no tomen las medidas de cuidado necesarias. Por otro lado son frecuentes, las preocupaciones por la falta de apoyo ligadas al cuidado, tanto del recién nacido como de los hermanos mayores, ya que las mujeres no sólo siguieron las tareas habituales de cuidado y domésticas, sino que también tuvieron que destinar gran parte del tiempo a apoyar las tareas escolares de los/as hijos/as.

Por último, se observan dos recorridos de las embarazadas y puérperas en la atención sanitaria en pandemia: a) no afectados por la pandemia; y b) afectados por la pandemia. En el primer caso, la búsqueda de atención se centra en la cercanía al hogar (por comodidad, para poder ir caminando, para evitar costos de traslado, para poder organizar mejor trabajo y cuidado de otros niños, etc.) y el conocimiento y confianza en los profesionales y la institución. En el segundo recorrido, los relatos sí evidencian cuestiones referidas a la pandemia y el cambio de atención, fundamentalmente salas/hospitales, y estuvo marcado por las disposiciones de las instituciones de acuerdo a las cifras de contagios. En los casos de embarazos con alguna problemática el recorrido era inverso, es decir, del primer nivel de atención a los hospitales. En otros casos la trayectoria incluyó lugares de atención que no les gustaban, pero no podían moverse a otra ciudad. Los siguientes relatos muestran la afectación de la pandemia, reflejada fundamentalmente en el miedo al contagio.

Cambié de la obra social al sistema público. Al principio tenía miedo de lo público, prefería que sea privado por la cantidad de gente. En el primer trimestre más miedo, cuando entraba sola, cuando entraba al hospital, pero éramos menos en la sala de espera. Ahora está más naturalizado, a veces veo más gente en el pasillo de espera, naturalizamos el miedo. (Extracto de encuesta)

Fueron minoritarios los relatos que aluden a una búsqueda de la atención, en el sentido de indagar en varias opciones institucionales.

En cuanto a datos específicos sobre salud mental perinatal obtenidos a partir de la aplicación de instrumentos estandarizados se encontró una alta incidencia de ansiedad en el embarazo, evaluada a través de la prueba GAD-7 (Generalized anxiety disorder). En este caso, se entendía que había indicios de ansiedad cuando la puntuación superaba los 10 puntos. De acuerdo a esta medición encontramos que, sobre el total de la muestra, el 57% de las embarazadas presentaron un alto nivel de ansiedad, destacándose el 90% de las embarazadas del hospital de Lanús frente al 40% de los hospitales entrerrianos. En cuanto a la valoración de depresión posparto en el caso de las puérperas se realizó mediante la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo (EPDS). En este caso, se encontró que el 68% de las puérperas presentan indicios de depresión puerperal (puntuaciones mayores a 10 puntos) frente al 32% que no los presentan. En este caso, las puérperas que menos indicadores de depresión presentaron son las que concurrían al Hospital de Lanús (44%) seguidas de las del Hospital Urquiza (34%) y de Gualaguaychú. Este resultado es particularmente llamativo ya que invierte la relación encontrada en ansiedad en embarazo en los tres hospitales e indica la necesidad de ampliar y profundizar los estudios en salud mental en estos grupos.

Conclusiones

En este trabajo hemos planteado un marco conceptual que nos permite comenzar a situar a la salud mental perinatal dentro de la complejidad de las determinaciones de género y de las organizaciones sociales del cuidado. Siguiendo a Burin⁴ hemos propuesto adoptar el concepto de malestar psíquico para buscar comprender los padecimientos en salud mental perinatal dentro de los contextos personales e histórico-sociales, dentro de los cuales, sin duda se ubican la organización social del cuidado, las tareas específicas de cuidado y su distribución generizada. Este marco conceptual permite comprender algunos de los resultados del estudio, especialmente los padecimientos y malestares de las mujeres embarazadas y puérperas en contexto de pandemia (y también fuera de él), que se vieron incrementados por una sumatoria de elementos, tales como los cambios y la falta de información en la atención sanitaria perinatal, la interrupción de los apoyos familiares y de amistades, y la sobrecarga de tareas de cuidado. La pandemia por Covid-19 fue una situación excepcional que trastocó la vida cotidiana, los modos de vincularse y todas las esferas de la organización familiar, comunitaria y sanitaria, y que al mismo tiempo, puso en evidencia las inequidades y desigualdades sociales ya presentes en nuestras sociedades. En ese marco, los padecimientos subjetivos de las mujeres-madres aumentaron a nivel global y también en nuestro país y se manifestaron principalmente bajo la forma de ansiedad y de estados de ánimo depresivos. A todo ello se suma la demanda de mayor información, por parte del sistema de salud, en relación con el Covid-19 y los protocolos de atención. Adicionalmente, no pueden omitirse las condiciones de vida o condiciones objetivas (como la falta de empleo formal, la precariedad de los ingresos económicos, etc.) que a su vez limitan las condiciones de cobertura sanitaria y las elecciones de atención de las embarazadas y puérperas.

Desde nuestro punto de vista, entender el modo en que se constituyen las subjetividades de las mujeres-madres en la co-construcción entre lo personal-biográfico y lo socio-histórico-cultural permite una comprensión más compleja de la salud mental materna²⁰ resituada, ya definitivamente, en el entramado de la organización de los cuidados y de las experiencias generizadas.

Por último, se quiere llamar la atención sobre la necesidad de atender a la salud mental materna desde enfoques de prevención y promoción de la salud, que permitan un tránsito saludable por este período, que suele ser altamente demandante para las mujeres y personas gestantes. Poner el foco en el cuidado de la salud mental perinatal significa, según nuestra perspectiva, dar apoyos específicos a las madres según sus necesidades emocionales y al mismo tiempo, articular políticas públicas que atiendan a las diferentes realidades y contextos en los que se ejercen las maternidades.



Contribución de las autoras

Todas las autoras participaron activamente en todas las etapas de preparación del manuscrito.

Financiamiento

Este trabajo fue financiado con una Beca Salud Investiga a Proyectos de investigación multicéntricos. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Convocatoria 2020 y con el Proyecto PID 10099 financiado por la Universidad Nacional de Entre Ríos, UNER 2021-2023.

Agradecimientos

Agradecemos a todas las mujeres y personas gestantes que brindaron su tiempo y aceptaron participar de esta investigación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Derechos de autor

Este artículo está bajo la Licencia Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).



Editora

Rosamaria Giatti Carneiro

Editora asociada

Johana Kunin

Presentado el

20/02/23

Aprobado el

18/10/23

Referencias

1. Oiberman A. *Nacer y acompañar. Abordajes clínicos de la psicología perinatal*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2013.
2. World Health Organization. *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services* [Internet]. 2022 [citado 15 Feb 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362880/9789240057142-eng.pdf?sequence=1>
3. Fernández Lorenzo P, Olza I. *Psicología del embarazo*. Madrid: Síntesis; 2020.
4. Burin M. *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina* [Internet]. 2010 [citado 22 Jan 2023]. Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf.
5. Brandão T. *Género y salud mental materna en pandemia: cuando la violencia es del sistema*. *Rev Cienc Soc*. 2022; 10(1):42-57.
6. Zanello V. *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris Editora; 2018.
7. O'Reilly A, Green FJ. Introduction. En: O'Reilly A, Green FJ, editores. *Mothers, mothering and Covid-19. Dispatches from a pandemic*. Bradford: Demeter Press; 2021. p. 15-32. doi: 10.2307/j.ctv1h45mcj.
8. Esquivel V. *La economía del cuidado en América Latina* [Internet]. El Salvador: PNUD; 2011 [citado 23 Jan 2023]. Disponible el: https://www.gemlac.org/attachments/article/325/Atando_Cabos.pdf
9. Batthyani K. *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales* [Internet]. Santiago: CEPAL; 2015 [citado 23 Jan 2023]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/9677a63c-ba5e-41bb-b9c4-63c243c2d22f/content>
10. Iyengar U, Jaiprakash B, Haitzuka H, Kim S. *One year into the pandemic: a systematic review of perinatal mental health outcomes during covid-19*. *Front Psychiatry*. 2021; 12:674194. doi: 10.3389/fpsy.2021.674194.
11. Radoš SN, Motrico E, Mesquita AM, Ganho-Avila A, Voursoura E, Lator J. *Changes in perinatal mental healthcare during the Covid-19 pandemic: a protocol for a collaborative research study between the COST actions RISEUP-PPD and DEVOTION*. *BMJ open*. 2022; 12(7):e052411. doi: 10.1136/bmjopen-2021-05241.
12. Motrico E, Mateus V, Bina R, Felice E, Bramante A, Kalcev G, et al. *Good practices in perinatal mental health during the Covid-19 pandemic: a report from task-force RISEUP-PPD Covid-19*. *Clin Salud*. 2020; 31(3):155-160. doi: 10.5093/clysa2020a26.
13. López-Morales H, Del-Valle MV, Andrés ML, Trudo RG, Canet-Juric L, Urquijo S. *Longitudinal study on prenatal depression and anxiety during the Covid-19 pandemic*. *Arch Womens Ment Health*. 2021; 24:1027-36. doi: 10.1007/s00737-021-01152-1.
14. González MF, Mattioli M, Meques F, Leiva C, Piaggio L, Bettendorff S, et al. *Salud mental perinatal en pandemia por covid-19: un estudio con puérperas en dos provincias Argentinas*. *Rev Argent Salud Pública* [Internet]. 2023 [citado 29 Sep 2023]; 15:e98. Disponible en: <https://www.rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/826>
15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Cuidados y mujeres en tiempos de Covid-19: la experiencia en la Argentina*. Santiago: Documentos de Proyectos (LC/TS 2020.153); 2020.



16. Seeman A, Audet C, Huysmans E, Afolabi B, Assarag B, Banke-Thomas A, et. al. Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the Covid-19 pandemic. *BMJ Global Health*. 2020; 5:e002967.
17. Diaz Virzi S. Abrazos pospuestos, amor “virtual” e incertidumbre: gestar (y parir) durante la pandemia. *Clarín*, 1 de Julio del 2020. Familias. Disponible en: https://www.clarin.com/familias/embarazo-parir-pandemia-cuarentena_0_wcPxzm-NP.html.
18. González Zabala A, Olivera M, Guiragossian S, Simkin H. Evidencias de validez y confiabilidad de la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). *Cienc Empresariales Soc [Internet]*. 2023 [citado 29 Sep 2023]; 8(5):121-35. Disponible en: <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/empresarialesysociales/article/view/1493>
19. López Janer C, Quirós P, Cabestrero R. Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión de Edimburgo en una Muestra Argentina. *Rev Iberoam Diagnostico Eval Psicol*. 2021; 4(61):33-47
20. González MF. Hacia una psicología cultural del parto y el nacimiento. *Rev Artemis*. 2021; 31(1):492-7.



Perinatal mental health refers to the psychosocial processes that occur during pregnancy, childbirth and the postpartum period. A study was carried out with a quantitative-qualitative design, with quota sampling, with pregnant and postpartum women from three hospitals in two Argentine provinces during the Covid-19 pandemic. An in-person survey was conducted with 300 women. The results indicate a slight increase in care time and a decrease in time dedicated to paid work. A great concern was found among women about changes in health care, the care and health of their children, and the daily management of care. A high incidence of anxiety in pregnant women and postpartum depression was recorded. Studying maternal mental health and the organization of care from a gender perspective allows for a more comprehensive understanding of the suffering of women mothers understood as social subjects.

Keywords: Care. Perinatal mental health. Gender. Covid-19. Argentina.

A saúde mental perinatal refere-se aos processos psicossociais que ocorrem durante a gravidez, o parto e o período pós-parto. Foi realizado um estudo de desenho quanti-qualitativo, com amostragem por cotas, com gestantes e puérperas de três hospitais de duas províncias argentinas durante a pandemia de Covid-19. Uma pesquisa presencial foi realizada com 300 mulheres. Os resultados indicam ligeiro aumento do tempo de cuidado e diminuição do tempo dedicado ao trabalho remunerado. Foi encontrada grande preocupação entre as mulheres com as mudanças nos cuidados de saúde, no cuidado e na saúde dos seus filhos e na gestão diária dos cuidados. Foi registrada alta incidência de ansiedade em gestantes e depressão pós-parto. Estudar a saúde mental materna e a organização do cuidado na perspectiva de gênero permite uma compreensão mais abrangente do sofrimento das mulheres mães entendidas como sujeitos sociais.

Palavras-chave: Cuidado. Saúde mental perinatal. Gênero. Covid-19. Argentina.