



Inclusión de la noción de sufrimiento psíquico para el abordaje de las problemáticas en Salud Mental de mujeres que viven con VIH/Sida⁽¹⁾

María Julieta Obiols

Lic. en Psicología.UBA. Doctoranda en Salud Mental Comunitaria. UNLa.
Becaria Posgrado Tipo I. CONICET

Resumen

En los últimos años, la cronificación de la infección de VIH/Sida, posibilitada por los avances farmacológicos, permitió que se pusieran de relieve otros aspectos de la problemática, algunos de los cuales interpelan al campo de la salud mental. Este trabajo se propone comenzar a categorizar, desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, algunas de las problemáticas que afectan a las mujeres que viven con VIH/Sida, que han sido madres recientemente y que se atienden en el sistema público de salud. Se utiliza el concepto de *sufrimiento psíquico* para pensar algunas de las situaciones conflictivas que introduce la infección en las re-

laciones con sus vínculos significativos. La inclusión de esta noción posibilita visibilizar que, desde una perspectiva clásica, tanto la psiquiatría como la epidemiología relegan este tipo de problemáticas porque no constituyen entidades psicopatológicas definidas. Permite también evidenciar, que la dimensión subjetiva se encuentra postergada en función de un abordaje fundamentalmente biomédico. En las conclusiones se enfatiza la necesidad de recuperar la dimensión subjetiva del malestar, evitando que los aspectos emocionales que acarrea esta enfermedad queden postergados. También se recalca la importancia de incluir acciones en salud mental como parte de la atención integral de las mujeres con VIH/Sida.

Palabras claves

Sufrimiento Psíquico - Salud Mental - VIH/Sida - Mujeres

Abstract

In the last years pharmacological advances made possible the HIV/AIDS infection to become chronic. This allowed emerging other aspects of the problem. Some of them are related with mental health field. This work aim is to categorize some of the problems that affect women living with HIV/AIDS from the perspective of community mental health. The concept of *psychic suffering* is used to think about some of the conflict situations that affect the relationships between the women and their families. The inclusion of this concept makes possible to highlight that, from a classical perspective, both psychiatry and epidemiology relegate this type of problems because they do not constitute psychopathological entities. It also shows that the subjective dimension is neglected from a biomedical approach. Conclusions emphasize the need to recover the subjective dimension of the illnesses and to avoid neglecting the emotional aspects. It also stresses the importance of including mental health actions as part of the integral care of women living with HIV/AIDS.

Key words

Psychic suffering – Mental health – HIV/Aids - Women

Introducción

En las últimas décadas el desarrollo de las medicaciones antirretrovirales y la mayor accesibilidad a las mismas, han producido importantes cambios en las condiciones de vida de las personas que viven con VIH/Sida. La cronificación de la infección, posibilitada por los avances farmacológicos, permitió que se pusieran de relieve otros aspectos de la problemática, relegados en un principio, entre ellos, los que interpelan al campo de la salud mental.

En este marco, este trabajo se propone comenzar a categorizar, desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, algunas de las problemáticas que afectan a las mujeres que viven con VIH/Sida que han sido madres recientemente y que se atienden en el sistema público de salud. Con este fin se utiliza el concepto de *sufrimiento psíquico* (Augsburger, 2004) para pensar algunas de las situaciones conflictivas que introduce la infección en las relaciones de las mujeres con sus vínculos significativos. Permite justificar la inclusión de estas problemáticas dentro del ámbito de incumben-

cia del campo de la salud mental (Stolkiner, 1988; Galende, 1997) el hecho de que las mismas constituyen causas de padecimiento y deterioran los vínculos interpersonales de las mujeres.

La inclusión de este concepto posibilita por una parte visibilizar que, desde una perspectiva clásica, tanto la psiquiatría como la epidemiología promueven el relegamiento de este tipo de situaciones problema porque no constituyen entidades psicopatológicas definidas. Por otro lado, permite poner en evidencia también, que la dimensión subjetiva de la infección por VIH/Sida se encuentra postergada en función de un abordaje fundamentalmente biomédico. Esto tiene como consecuencia que la atención en salud mental, si bien está garantizada en nuestro país (Ley 23.798/1990) para todas las personas afectadas por esta enfermedad, no se encuentra suficientemente extendida en el sistema público de salud para las mujeres que viven con VIH/Sida.

Las problemáticas que conllevan sufrimiento psíquico pueden, cuando no son atendidas, constituir no solo un problema en sí mismas sino también dificultar la continuidad de los cuidados, tratamientos médicos y farmacológicos propios y, en el caso de las mujeres en edad fértil, de los cuidados y tratamientos preventivos de la Trasmisión Vertical en todas sus etapas, embarazo, parto y posparto (Obiols, Schajovisch, Di Corrado, 2009). En este sentido es que resulta fundamental la inclusión de acciones en salud mental como parte de la atención integral de las mismas (Burzteyn, 2010).

Aspectos metodológicos

El Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (Ex CNRS) es un centro de investigación en ciencias básicas especializado en el diagnóstico y monitoreo de la infección por VIH/Sida. En 2005 se instauró, en el mismo, un dispositivo de asesoría dirigido a mujeres con VIH/Sida que han sido madres recientemente, que concurren los días de atención pediátrica, para realizar testeo diagnóstico a sus bebés por Trasmisión Vertical ⁽²⁾. El objetivo inicial de la implementación del dispositivo consistió en indagar los motivos que llevaban a la interrupción del proceso diagnóstico de los bebés ⁽³⁾. En el marco de este dispositivo en el que se brinda información a las mujeres sobre el proceso diagnóstico con el fin de intentar evitar la interrupción del tratamiento, se realizaron encuestas y entrevistas semidirigidas con las mujeres.

Este artículo se enmarca en la investigación que está llevando a cabo la autora como Tesis Doctoral. Se trata de 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 (Breilh, 1994).

El análisis de los datos sociodemográficos relevados en 150 encuestas permitió realizar una primera descripción de la población de mujeres que concurre al Instituto a realizar testeos diagnósticos a sus bebés. Se trata de mujeres en edad reproductiva, con una media de edad de 29 años. El nivel educativo medio oscila entre primario completo y secundario completo. El 79% se define como ama de casa. Tienen entre 1 y 8 hijos. El 73, 33% tiene entre 1 y 3 hijos, siendo la moda 2 hijos (30%) y habiendo en la muestra 31 madres primerizas (20,6 %). Del total, 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, otro 12% en CABA 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. El 39% que se atiende en el subsector estatal lo hace en hospitales de CABA, 55% en hospitales de Conurbano Bonaerense y el 6% restante en hospitales de otras zonas de la Provincia de Buenos Aires (Obiols, 2011).

Las entrevistas semidirigidas permitieron, además de recabar información sobre el recorrido al interior del sistema de salud, comenzar a identificar, en el relato de las mujeres, distintos tipos de problemáticas relacionadas con la infección que conllevan sufrimiento psíquico para ellas. Se trata de situaciones que afectan sus vidas cotidianas y, en particular, las relaciones con sus vínculos significativos. Los fragmentos discursivos, extraídos a partir del análisis cualitativo de las entrevistas, permitieron comenzar a delimitar y establecer las primeras categorías que permiten el análisis de estas problemáticas.

Breve historia y situación actual de la epidemia de VIH/Sida en la Argentina

Desde 1982, año en que se notificó el primer caso de SIDA en la Argentina, el perfil de la epidemia de VIH/Sida ha ido cambiando notoriamente. Uno de los factores principales de este cambio fue la aparición y el rápido desarrollo de la terapia antirretroviral desde mediados de la década de 1990, así como también las mejoras en las posibilidades de acceso a la misma. En consecuencia, durante los últimos quince años se han producido un marcado descenso y una estabilización de la tasa de casos de Sida (4,4 por cada 100 mil habitantes en el año 2008) y de mortalidad por Sida (35,3 por millón de habitantes en el año 2008) (Boletín Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Simultá-

neamente, resulta posible constatar en la última década un proceso de feminización (relación H/M 1,7/1 en la actualidad) y de pauperización de la epidemia (Boletín Ministerio de Salud de la Nación, 2009).

A partir de estudios de prevalencia es posible estimar que actualmente viven en la Argentina alrededor de 130 mil personas con VIH, la mitad de las cuales desconoce su estado serológico. El 69% de las personas que sí conocen su diagnóstico positivo se atiende en el sistema público de salud. La epidemia afecta principalmente a los grandes conglomerados urbanos, alcanzando el 70%, de los nuevos diagnósticos en el período 2007-2009, se verifica que un 40% del total corresponden a CABA y Conurbano Bonaerense. (Boletín Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

En relación a la infección de VIH/Sida resulta posible obtener a través de los boletines del Ministerio de Salud de la Nación y otras fuentes, datos epidemiológicos que permiten dar cuenta de la evolución y la situación actual de la epidemia. La posibilidad de establecer parámetros epidemiológicos clásicos se ve facilitada por el hecho de que la infección por VIH/Sida se construye, básicamente, como una problemática del ámbito biomédico. Esto permite definir como objeto de estudio a la infección, en tanto enfermedad, como un hecho objetivable (identificable mediante estudios de laboratorio y eventualmente por sintomatología). El hecho de que desde el año 2001 se hayan comenzado a notificar los casos de VIH (portadores sanos del virus) diferenciándolos de los de los casos de Sida da cuenta que esta posibilidad de establecer claramente la enfermedad es relativa aún en este ámbito. Este parámetro, sin embargo, conlleva una dificultad mucho mayor cuando se trata de problemáticas del campo de la salud mental.

El sufrimiento psíquico y el malestar en los vínculos

A partir de un primer análisis de los relatos de las mujeres es posible establecer las primeras categorías que refieren a las problemáticas que introduce la infección, en particular, en la relación con sus vínculos significativos. Entre las relaciones que se ven afectadas aparecen, primeramente el vínculo con ellas mismas, la relación con el embarazo y con el bebé, con sus parejas, con sus hijos e hijas más grandes y por último, la relación con sus familias de origen. En definitiva esta enfermedad introduce situaciones conflictivas en los vínculos principales de las mujeres, lo cual puede además de ser causa de malestar, conducir al aislamiento relacional de las mismas. Un aspecto a indagar es que pocas de ellas mencionan espontáneamente tener amistades y algunas lo niegan directamente cuando se les pregunta por su entorno. Además, como la

mayoría (79%) se define, temporal o permanente como ama de casa, los vínculos familiares constituyen sus únicos vínculos en la mayoría de los casos.

El diagnóstico de la infección introduce situaciones conflictivas que delimitan primeramente, la categoría de problemáticas en la relación con ellas mismas. Una entrevistada relata el momento posterior a recibir el diagnóstico y da cuenta del impacto subjetivo que le produjo la noticia: *"...y salí de ahí, cuando llegué era mirarme al espejo, me pasó hasta hace poco, mirarme al espejo y sentir... asco por la persona que estaba mirando."* (E155 22 años Estudiante Universitaria). El impacto subjetivo, además, se encuentra fuertemente atravesado por el estigma asociado a la infección. El anoticiamiento promueve malestar en tanto conjuga lo inesperado de la noticia y los miedos que ésta despierta. Otras entrevistadas cuentan cómo se sintieron: *"Me quería morir. No lo podía creer"* (E 14B 21 años Ama de casa Secundario incompleto). *"Fue como un balde de agua fría, me preguntaba ¿por qué a mí?"* (E 25B 37 años Ama de casa Secundario Incompleto). Otra mujer da cuenta de los temores que la noticia despertó: *"Me asusté, pensaba que me quedaban pocos días"* (E 12B 21 años Desempleada Secundario completo). La enfermedad introduce distintos tipos de temores y ansiedades asociados a cambios en la percepción de ellas mismas: las consecuencias de la infección en el cuerpo, las expectativas en relación a su propio futuro y los posibles cambios en el vínculo entre ellas y los otros.

La situación de la maternidad reciente constituye una característica común a la población de mujeres entrevistadas. El embarazo con la infección promueve miedos y ansiedades particulares que dificultan la relación con el embarazo y el vínculo con el bebé. Estas situaciones conflictivas constituyen otra de las categorías establecidas. Una entrevistada cuenta: *"...el embarazo fue hermoso, fue lindo, trate de estar bien los momentos que podía, pero fue muy triste también, cuando no te los esperas [el diagnóstico] es muy triste."* (E.151 33 años Secundario incompleto). Otra entrevistada relata *"Para mí fue un golpe grande estar embarazada sabiendo que yo tenía la enfermedad ésa... (...) Fue complicado y feo porque pensás cualquier cosa, se te mete en la cabeza cualquier cosa, no sabés si tu bebé va a nacer, si no va a nacer."* (E.154 41 años Vendedora Primario completo). La infección promueve temores específicos en relación al embarazo y refuerza la ambivalencia que de por sí conlleva la experiencia de la maternidad para las mujeres.

Otra categoría que es posible delimitar en los relatos es la de situaciones conflictivas que introduce esta enfermedad en la relación de pareja. Una entrevistada relata el momento posterior a su anoticiamiento *"...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 nues-*

tra pareja..." (E. 151 31 años. Ama de casa. Secundario completo). También despierta preguntas acerca de la transmisión al interior de la pareja que ponen en duda la confianza y pueden dificultar el vínculo. Otra problemática que aparece en relación a los varones es que el 25% de las mujeres afirma que su pareja desconoce su propio estado serológico por no haberse nunca realizado el test diagnóstico. Esta situación, además de poner en riesgo la salud de ellos, es causa frecuente de preocupación para las mujeres y muchas veces es vivida con culpa y con sensación de impotencia. Una entrevistada dice *"todavía no logré que se lo haga [el teste]"* (E. 4 27 años. Ama de casa. Primario completo). Otra mujer cuenta: *"No sé cómo convencerlo. Hablamos del tema, vamos a ver..."* (E. 105 28 años. Ama de casa. Primario completo).

Otra categoría delimitada es la que abarca las situaciones conflictivas que introduce esta enfermedad en la relación de las mujeres con sus hijos e hijas más grandes. Una entrevistada que se anotició de su infección hace 7 años, cuenta: *"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). Estas situaciones pueden causar malestar tanto a las mujeres como a sus hijos y a la vez dificultan las condiciones para que ellas mantengan los tratamientos ya que se ven obligadas a ocultar los medicamentos, su ingesta y las visitas periódicas al médico.

Una última categoría que es posible establecer, en relación a los vínculos significativos, remite al malestar que introduce la infección en la relación con sus familias de origen. Una entrevistada que se separó de su pareja durante el embarazo después de enterarse de su diagnóstico y vive con sus padres relata: *"Sólo hablé con mi prima, si mi familia se entera me echan de mi casa. Siento que mi vida se terminó"* (E. 103 22 años. Ama de casa. Primario completo). Este malestar resulta mucho mayor cuando la familia de origen constituye el principal núcleo de sostén y apoyo de la mujer. Algunas mujeres, cuando -después de mucho tiempo- han podido hablar de su infección con sus familias perciben que fue más difícil el proceso de tomar la decisión que llevarla a la práctica finalmente. Otra entrevistada cuenta: *"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). En este sentido, muchas veces, lo que genera malestar es la imposibilidad de sobrellevar los miedos que provoca enfrentarse con los componentes de estigmatización que dificultan la relación con los otros.

Articulaciones entre Salud Mental y VIH/Sida

Los estudios e investigaciones que vinculan la infección por VIH/Sida y la salud mental llevados a cabo hasta el momento se orientan mayoritariamente a establecer la relación entre la infección y la presencia de trastornos psicopatológicos definidos, en particular depresión mayor y trastorno de ansiedad, como consecuencia de la situación de la infección y trastornos mentales graves, en particular psicosis, y abuso de sustancias como factores de riesgo para contraer la misma. La Organización Mundial de la Salud en su informe de 2008 sobre VIH y Salud Mental determina la importancia de indagar en mayor profundidad la relación entre ambas temáticas (OMS, 2008) en ambos sentidos. Se encuentra, en cambio mucho menos extendido el estudio de las necesidades de salud mental de las personas que viven con VIH que no se basan en entidades psicopatológicas específicas.

Esta situación se repite en la mayoría de los estudios e investigaciones del ámbito de la salud mental, que tienen como objeto los trastornos mentales que responden a categorías diagnósticas definidas. Desde una vertiente clásica, tanto la psiquiatría como la epidemiología, delimitan como objeto de estudio a las enfermedades mentales, establecidas clínicamente a partir de la presencia objetiva, a los ojos de la mirada experta, de signos y síntomas concretos. A su vez la epidemiología, se basa en estas categorías para establecer indicadores poblacionales. De esta manera, y privilegiando la posibilidad de establecer comparaciones temporales y espaciales, la epidemiología, desde una perspectiva clásica, desobjetiviza el malestar y lo reduce a categorías universales que limitan las posibilidades de recabar información más completa acerca de las poblaciones. En especial en función de las características particulares y socio-históricamente contextualizadas de las mismas.

El enfoque clásico conlleva entonces dificultades para reconocer y visibilizar situaciones de padecimiento que no coinciden con entidades psicopatológicas concretas (Augsburger, 2004). Esto último tiene importantes consecuencias tanto a nivel epidemiológico como clínico. En los países en vías de desarrollo y justificándose en la escasez de recursos disponibles, esto promueve también que las políticas y acciones en salud mental suelen estar dirigidas fundamentalmente al abordaje de los trastornos mentales graves (Kohn y otros, 2005), particularmente en el ámbito de atención estatal, en el cual se atienden mayoritariamente los sectores poblacionales más desfavorecidos. En consecuencia, se relegan las situaciones de padecimiento que acompañan la presencia de enfermedades “orgánicas” las que requieren ser escuchadas y no

encuentran espacios suficientes para ser atendidas en los servicios de salud. Las problemáticas que relatan las mujeres que viven con VIH no encuentran espacios para ser alojadas en los lugares donde se atienden, porque pocas veces son visibilizadas como tales. Solo en caso de que estas situaciones conflictivas se agraven hasta manifestarse en forma de síntomas de enfermedades con diagnóstico definido (la mayoría de las veces Depresión o Trastornos de Ansiedad), serán atendidas y consideradas en los dispositivos disponibles.

Inclusión del concepto de sufrimiento psíquico y reincorporación de la dimensión subjetiva

La salud mental desde una perspectiva comunitaria ha sido definida como un campo de prácticas sociales heterogéneas (Stolkiner, 1988). Se entiende a la salud mental, en la articulación entre lo social y lo singular, como “*un campo de fenómenos cuyas tensiones y conflictos tienen siempre como lugar de expresión a los individuos, sus subjetividades singulares, sus modos de vida real*” (Galende; 1997: 17). Esta perspectiva permite reconocer que en este campo “*se presentan múltiples expresiones que indicando sufrimiento o malestar no pueden encuadrarse en la categoría de enfermedad*” (Augsburger, 2004: 78). Se trata de situaciones de padecimiento subjetivo que deben ser comprendidas en sus múltiples dimensiones y desde el reconocimiento de los sujetos (Stolkiner, 2003). La noción de sufrimiento psíquico posibilita la inclusión de estas situaciones en campo de la salud mental, promoviendo la incorporación de las prácticas de salud mental en las acciones de salud en general.

Si bien las problemáticas que relatan las mujeres no pueden, ni deben ser asociadas a cuadros psicopatológicos, las mismas conllevan padecimiento para las mujeres, promueven el aislamiento relacional de las mismas y pueden interferir en la continuidad de sus propios cuidados. La tendencia de la infección por VIH/Sida a constituirse en enfermedad crónica con los tratamientos médicos y farmacológicos disponibles, requiere que la persona participe activamente en la continuidad de su propio cuidado y tratamiento, poniéndose de relieve la importancia de considerar la dimensión subjetiva en el abordaje de la misma. La inclusión de la noción de sufrimiento psíquico permite visibilizar las “*situaciones problema*” que relatan las mujeres durante las entrevistas sin recaer en la psicopatologización y, en consecuencia, en la posible medicalización de las mismas.

Al comprender el malestar como socio-históricamente contextualizado e inscripto en una trama biográfica, la implementación de acciones en salud mental

en relación a estos problemas supone una perspectiva positiva de la salud mental que no se limita a la enfermedad como objeto, sino que busca mejorar las condiciones de vida de las personas. Se trata en consecuencia, de promover la inclusión de acciones desde una perspectiva de prevención y promoción (Carta de Ottawa, 1986) de la salud mental que permitan a las mujeres reubicar las problemáticas que promueven padecimiento, para mejorar sus vidas cotidianas y sostener adecuadamente su propio cuidado y el de sus personas significativas.

Consideraciones finales

La inclusión del concepto de sufrimiento psíquico visibiliza las situaciones conflictivas que relatan las mujeres que viven con VIH/Sida y permite justificar su inclusión dentro del campo de incumbencia de la salud mental. Esto posibilita a su vez recuperar la dimensión subjetiva del padecimiento permitiendo que sea la mujer quien de cuenta de su propio malestar y de sus necesidades en relación al mismo.

La incorporación de esta noción, permite por un lado, no recaer en la psicopatologización y eventual medicalización del malestar que conllevan estos conflictos. Por otro lado, pone de relieve la importancia de evitar que los aspectos emocionales de la infección queden relegados a un segundo plano de importancia en relación a los aspectos biomédicos. También evidencia la necesidad de implementar acciones específicas para contrarrestar las consecuencias negativas que estas situaciones tienen en la vida cotidiana de las mujeres, en la relación con sus vínculos significativos y en la posibilidad de continuar sus cuidados y tratamientos.

Las acciones en salud mental como parte de la atención integral de las mujeres que viven con VIH/Sida debería orientarse a posibilitar que las mismas puedan reubicar las problemáticas que afectan sus vínculos y a resignificar el lugar de la infección en sus vidas. Tratándose de situaciones de sufrimiento psíquico en el marco de enfermedades crónicas resulta fundamental que las acciones en salud mental se encuentren articuladas en los servicios públicos donde se atienden las mujeres. Esta inclusión se basa en una perspectiva de atención integral o de clínica ampliada, según la define De Sousa Campos (2006), la cual supone una reincorporación de la dimensión subjetiva en el abordaje de las problemáticas en salud.

Notas finales

1. Este trabajo se enmarca en la investigación que constituye la Tesis Doctoral de la autora en el Doctorado en Salud Mental Comunitaria, de la Universidad Nacional de Lanús. La misma se titula: "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)". Es dirigida por la Lic. Alicia Stolkiner y se inserta en el marco del Proyecto UBACyT 20020100100420 "Articulaciones entre salud mental y atención primaria de la salud desde una perspectiva de derechos - Argentina - 2004 y 2014". Programación 2011-2014. La Tesis es llevada a cabo en el marco de una Beca de Posgrado Tipo I de CONICET dirigida por la Lic. Stolkiner y Codirigida por el Dr. H. Salomón, Director del Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (Ex CNRS).

2. Transmisión madre-bebé del VIH durante el embarazo, el parto o el puerperio a través de la lactancia.
3. El proceso diagnóstico de los bebés (PCR) supone al menos la realización de dos extracciones de sangre con un intervalo de dos meses para poder arribar al diagnóstico certero. Muchas de las mujeres llevaban a su bebé para realizar la primera extracción pero no regresaban para la segunda. El objetivo inicial de implementación del dispositivo de asesoría, al interior del mismo, consistió en indagar causas de interrupción del proceso diagnóstico de los bebés e intentar subsanar esta situación brindando asesoramiento y un espacio de contención a las mujeres (Obiols, Schajovitsch, Di Corrado, 2009).

Referencias bibliográficas

- Augsburger, C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. En *Psicología e Sociedade*. Vol. 16 N°2. 71-80. Porto Alegre.
- Breilh, J. (1994). *Nuevos Conceptos y Técnicas en Investigación*. Ecuador: CEAS.
- Bursztyn, I.; Kushnir, R.; Giovanella, L.; Stolkiner, A.; Sterman-Heimann, L.; Riveros, M. I. & Sollazzo, A. (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. En *Revista Salud Pública* Vol 12, Abril 2010. Bogotá.
- D'Ancona, M. (1998). Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. En *Síntesis Sociológica*. Madrid.
- De Sousa Campos, G. (2006). *Gestión en Salud en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Paidós: Buenos Aires.
- Kohn, R.; Levav I.; Caldas de Almeida, J. M.; Vicente, B.; Andrade, L.; Caraveo-Anduaga, J. J.; Saxena, S.; Saraceno, B. (2005) Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para

- la salud pública. En *Rev. Panam Salud Pública*. 18 (4/5):229-40.
- Ley 23.798 (1990) de Lucha contra el SIDA y Decreto Obras Sociales y Prepagas. Ministerio de Salud de la Nación (2009). *Boletín N° 26 sobre VIH Sida en Argentina* Agosto 2009.
 - Ministerio de Salud de la Nación (2010) *Boletín N° 27 sobre VIH Sida en Argentina*. Noviembre 2010.
 - Obiols, J.; Schajovitch, 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 Trasmisión Vertical. En *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología. UBA. Bs As.
 - 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.
 - OIT, OPS/OMS (2002). Ampliación de la protección social en material de Salud: la iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo. Documento presentado durante la 26a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54a Sesión del Comité Regional. Washington D. C., USA, 23-27 de sept. de 2002. <http://www.paho.org/english/gov/csp/csp26-12-e.pdf>
 - OMS (1986). *Conferencia internacional sobre Promoción de Salud. Carta de Ottawa para la promoción de salud*. Canadá 17-21, noviembre de 1986.
 - OMS (2008). *Informe sobre VIH y Salud Mental*. 124° Reunión Consejo ejecutivo. 20 de Noviembre.
 - Stolkiner, A. (1988). Prácticas en Salud Mental. En *Revista de Investigación y Educación en Enfermería* Vol.VI N°1. Medellín: Colombia.
 - Stolkiner, A. (2003). De la Epidemiología Psiquiátrica a la Investigación en el campo de la Salud Mental. En *Vertex – Revista Argentina de Psiquiatría*. N° 54. 314-319.
-