



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Maternidades y salud mental: la mirada de quienes hacen más que cuidar

Autores (en el caso de tesis y directores):

Antonella Frías

Mariana Mulek

Eugenia Bianchi, dir.

Milagros Luján Oberti, co-dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2024

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL
ÁREA DE INVESTIGACIÓN

“Maternidades y salud mental: la mirada de quienes hacen más que cuidar”

Autoras:

Frias, Antonella (fransoc@gmail.com)

DNI: 41.556.737

Mulek, Mariana (marianamulek18@gmail.com)

DNI: 41.893.736

Tutoras:

Eugenia Bianchi - eugenia.bianchi@gmail.com

Milagros Luján Oberti - milagrosoberti@outlook.com

Seminario Tesina: Segundo Cuatrimestre 2022

Fecha de Presentación: 06/06/2024

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos “haber caído” en la educación pública, gratuita y de calidad. Puntualmente en la Universidad de Buenos Aires la cual nos enseñó de lucha y defensa de las convicciones.

Al Trabajo Social, por enseñarnos que es posible construir un mundo más justo desde la ternura, el trabajo colectivo y la empatía.

A Eugenia Bianchi y Milagros Oberti, nuestras tutoras elegidas por temática y corazón, por cada palabra de aliento y enseñanza que tanto nos nutrieron en el proceso de investigación.

A Cristina y a Guillermina, quienes nos abrieron camino en el hospital para poder realizar el trabajo de campo.

A las mujeres-madres entrevistadas, por su tiempo, su confianza y apertura. ¡Esta tesis es por y para ustedes!

A las facu-amigas por cada cena después de taller y charlas catárticas.

ANTONELLA

A Dios. A Evelyn Frías, mi hermana, por quien sigo viva. Por todo su amor y entrega.

A Dora Esther Frías, mi mamá, por lo bueno que guardo de ella para darme energía y por lo malo que me impulsa a cambiar la realidad.

A Roberto, por hacerme peronista y regalarme un atril cuando era chica, enseñándome que mis acciones y pensamientos merecen ser mostrados.

A Ignacio Rial Mattos, compañero de facultad y de vida, por su amor, aliento y enseñanzas.

A mis amigas, por ser hogar, complicidad, y risas. A todas ellas mi corazón y lealtad.

A Marian, mi amiga puaner desde 2017 y hasta donde nos alcance la vida.

MARIANA

A mi familia, por su paciencia, contención y aliento constante en estos años de formación y en la vida.

Si hablamos de maternidades, mención especial a mi mamá, quién continúa maternando y cuidando siempre.

A Gonzalo, por enseñarme a confiar en mí y sostenerme con su ternura para que nunca abandonara mis sueños y convicciones. Siempre en mi corazón

A Anto, por acompañarnos en este camino desde el día que nos conocimos en el CBC hasta este último paso. ¡Entre mate y mate, lo logramos!

RESUMEN

Título: “Maternidades y salud mental: la mirada de quienes hacen más que cuidar”

Autoras: Antonella Frias (franfsoc@gmail.com) - Mariana Mulek (marianamulek18@gmail.com)

Fecha de presentación: 06/06/2024

Palabras claves: maternidad - salud mental - cuidados - padecimiento mental - género - redes de apoyo

En el presente Trabajo de Investigación Final abordamos el tema de la salud mental de las mujeres-madres cuidadoras de niñxs y adolescentes con padecimiento mental. El objetivo de la misma consiste en conocer las prácticas de cuidado llevadas a cabo por las mujeres-madres acompañantes de niñxs y adolescentes que concurren a un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de comprender cómo repercuten los mandatos impuestos por la institución materna en la propia salud mental de estas mujeres en el período 2022-2023. Para ello, hemos decidido utilizar la metodología cualitativa, en la cual realizamos 6 entrevistas semiestructuradas a mujeres-madres protagonistas del cuidado de sus hijxs con padecimiento mental. A su vez, con el fin de obtener mayor información, realizamos 3 entrevistas semi-estructuradas a profesionales de trabajo social del servicio de Hospital de Día y Consultorios Externos.

En el marco teórico que guía la investigación abordamos la conceptualización de salud mental, género, maternidad, cuidados, redes de apoyo y autocuidado. Las principales referencias teóricas que sustentan el análisis de esta investigación son, en relación a la perspectiva de Medicina Social Latinoamericana: Menéndez (2005), Iriart (2002), Laurell (1986), entre otrxs. En relación al enfoque de género sobre los cuidados y la maternidad, tomaremos a autoras tales como Fernández (1993), Gherardi, Pautassi y Zibecchi (2012), Pérez Orozco (2006), Marcús (2006), Pignataro (2022), Federici (2010), Lagarde (2003) entre otrxs.

En las conclusiones, analizamos la exclusividad de los cuidados por parte de las mujeres, su impacto en la salud mental y la falta de respuestas institucionales. Además, subrayamos la doble jornada laboral atravesada por las mujeres de clases populares y la feminización de las redes de apoyo. También destacamos la reconfiguración de los roles maternos que les permite resistir y resignificar su maternidad a pesar de las opresiones patriarcales. Finalmente, reflexionamos sobre futuras intervenciones en trabajo social que contribuyan a desarmar los mandatos de género y se promueve la investigación en aspectos como la violencia y el uso de sustancias psicoactivas por parte de las mujeres-madres.

ADVERTENCIA PARA LA LECTURA

Posicionándonos en los aportes de Judith Butler (2010 y 2011) entendemos que el lenguaje, por su carácter performativo, modeliza a los cuerpos y crea realidades, es decir, establece las condiciones lingüísticas e identitarias de las personas ya que sólo existe aquello que puede nombrarse.

Convencionalmente, los sistemas lingüísticos de comunicación presentan una marcada óptica masculina que invisibiliza a otras identidades de género, especialmente en nuestro trabajo a las mujeres, colocándolas en una posición de subordinación.

Es entonces que podemos decir que el lenguaje no es neutral, sino que es una construcción sociocultural. Por dicha característica tiene la potencialidad de acompañar la transformación de las relaciones de poder en la sociedad y favorecer e impulsar modificaciones en los usos lingüísticos que promuevan una sociedad con mayor reconocimiento social y legitimidad, disputando la epistemología de la diferencia sexual binaria y el orden dominante heterocisnormativo que discrimina, oprime y fomenta el odio. Tal como plantea Sardi (2022) en un escenario de lucha contra la violencia hacia las mujeres y colectivos LGBTQBIQ+ se “...*hace necesario profundizar y poner en debate cuestiones ligadas al lenguaje y tramarlas con el reconocimiento identitario...*” (p.220) y así lograr una plena autonomía de nuestros cuerpos y el derecho a decidir.

Es por este motivo, en consonancia con la Resolución N° 17948/2019 de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y con la intención de salir del sistema binario, hemos optado utilizar el lenguaje inclusivo reemplazando la letra “o” por la “x” a lo largo de la investigación abogando por una igualdad efectiva de todas las personas. Asimismo, no se utiliza la escritura en “doble género”, es decir, utilizando “a/o” ya que consideramos que en la misma tampoco se encuentra representada la multiplicidad de identidades y continúa reproduciendo un lenguaje binario.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
INTRODUCCIÓN	6
Obstáculos	8
Facilitadores	9
Estructura de la tesis	9
METODOLOGÍA	12
Elección de estrategia metodológica	12
Pregunta de investigación	13
Objetivo general y específicos	13
Unidad de análisis	14
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	14
Procesamiento y análisis de información	16
Resguardos éticos	16
MARCO TEÓRICO	17
Salud mental y Género	17
Maternidad	20
Tareas de cuidado y autocuidado	24
CAPÍTULO 1: PRÁCTICAS DE CUIDADO Y REDES DE APOYO	29
1.1. Trayectoria Institucional: el hospital como alivio	29
1.2. El cuidado ¿Asunto de mujeres?	32
1.3. Los sentidos del cuidado	36
1.4. Redes de apoyo	38
1.5. Lo comunitario como emergente del análisis	40
CAPÍTULO 2: SENTIDOS DEL ROL MATERNO	43
2.1. La influencia de sus referentes maternas	43
2.2. Rol materno: las contradicciones entre el mundo interno y externo	46
2.3. El rol activo de las mujeres-madres	55
CAPÍTULO 3: SALUD MENTAL DE LAS MUJERES-MADRES	59
3.1. Cuidar(se)	59
3.2. Consumos “para mantener la estructura” y repercusiones de la violencia patriarcal	64
3.3. Proyección a futuro	69
CONCLUSIONES	73
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	84

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación aborda la relación entre la salud mental y las maternidades. Este interés surge durante la cursada del Seminario de Trabajo de Investigación Final en el segundo cuatrimestre de 2022, dentro del Plan de Estudios de la Licenciatura en Trabajo Social en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. La elección del tema se originó, por un lado, en la práctica pre-profesional de una de nosotras en un Hospital Público ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, donde se observó que solo las madres se encargaban del cuidado y sostenimiento del tratamiento de sus hijxs. El establecimiento mencionado, es el único hospital público especializado en salud mental infanto-juvenil en Argentina, por lo que es una referencia en el país y Latinoamérica, atendiendo a niñxs y adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), de la Provincia de Buenos Aires y de otras provincias y países limítrofes. Su enfoque interdisciplinario incluye profesiones como psiquiatría, trabajo social, psicología y más. Nuestro trabajo se centró en el Servicio de Hospital de Día y Consultorios Externos.

Otra de las motivaciones que impulsó la investigación se originó en la cursada de la asignatura “Problemática de la salud mental en Argentina” (Cátedra Faraone), que nos permitió abordar la complejidad de la salud mental desde las perspectivas de género y derechos humanos, y entender los procesos de medicalización y biomedicalización como estrategias de control social, que frecuentemente afectan a niñxs, mujeres, disidencias sexuales y sectores populares.

A partir de las motivaciones mencionadas, delimitamos la investigación al impacto de las exigentes responsabilidades de cuidado de niñxs con padecimiento mental en la salud mental de las mujeres que son madres de estxs. Cabe destacar que se las denominará mujeres-madres para enfatizar que este rol es solo una de sus múltiples identidades que estas pueden tener. Es decir, las mujeres no son solo madres. A su vez, nuestra directora y co-directora nos guiaron, presentándonos antecedentes claves, como la investigación de Fiamberti y Seijas (2019) sobre las transformaciones en las prácticas de cuidado y maternidad en mujeres-madres de niñxs con diagnósticos de salud mental realizada en el mismo hospital, y la de Bianchi y Rodríguez Jurado (2019), que analiza cómo el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA) afecta la percepción y organización del tiempo en la vida cotidiana de sus madres, destacando la medicalización y biomedicalización como encuadres teórico-conceptuales.

Estas investigaciones sirvieron como punto de partida para revisar esos resultados

obtenidos sobre salud mental, maternidades y cuidados, a la luz de los acontecimientos post-pandemia. La relevancia del tema de los cuidados y la salud mental durante y después de la pandemia, y la persistente emergencia de los cuidados feminizados de niñxs con padecimiento mental, exigen continuar investigando y produciendo conocimiento actualizado sobre esta problemática para comprender su complejidad y delimitar acciones estatales pertinentes.

Aunque las maternidades y los cuidados han sido investigados desde el ámbito académico feminista, los estudios sobre las repercusiones de los mandatos maternos en la salud mental de las mujeres son escasos. Por lo tanto, es fundamental investigar esta problemática desde el Trabajo Social, aportando una mirada social sobre la salud mental de las mujeres-madres e incorporando la perspectiva de género para visibilizar las desigualdades estructurales que las atraviesan en sus historias singulares. Además, como futuras profesionales, destacamos la importancia de exponer los resultados de nuestra investigación en el actual contexto nacional signado por el neoliberalismo, marcado nuevamente por ajustes del gasto público, despidos masivos, privatización de empresas públicas y recortes en salud y educación. En este marco, el cuestionamiento de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 es particularmente alarmante. Por ello es crucial contribuir con conocimiento científico a la lucha contra estas políticas regresivas.

Con la convicción de la importancia de esta temática, planteamos un interrogante que guió el proceso investigativo: ¿De qué manera repercute en los procesos de salud-padecimiento-atención-cuidado de las mujeres-madres las demandas de tareas de cuidado realizadas hacia sus hijxs con padecimiento mental que concurren al Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 2022-2023? Para responder esta pregunta, el objetivo general del trabajo fue: conocer las prácticas de cuidado llevadas a cabo por las mujeres-madres acompañantes de niñxs y adolescentes que concurren al Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de comprender cómo repercuten los mandatos impuestos por la institución materna en la propia salud mental de estas mujeres en el período 2022/2023.

La metodología adoptada fue cualitativa, la cual nos permitió, a través de entrevistas semi-estructuradas, recuperar las voces y las experiencias de 6 mujeres-madres que asisten a dicho hospital por la atención de sus hijxs. A su vez, entrevistamos a 3 profesionales del Servicio Social del hospital del área del Hospital de Día y Consultorios Externos, lxs cuales realizan un trabajo cotidiano con ellas, para brindar su mirada sobre la problemática. El

período de tiempo para la recolección de datos, tanto de las mujeres-madres como de las profesionales, fue desde el 5 de septiembre del 2023 hasta el 15 de diciembre del 2023.

Para abordar la salud mental de las mujeres-madres, nos centraremos en analizar la organización de las tareas de cuidado de sus hijxs, específicamente lo que implica el cuidado de un hijx con padecimiento mental, las significaciones que le atribuyen a su experiencia materna, la tensión entre la reproducción o resistencia hacia los mandatos de la maternidad, las redes de apoyo que construyen, las prácticas de autocuidado y los proyectos individuales. Para ello, tomaremos la perspectiva que brinda la Medicina Social Latinoamericana a partir de los aportes de Menéndez (2005), Iriart (2002), Laurell (1986) entre otrxs. A su vez, destacamos a la autora Franca Basaglia (1983) que nos permite vincular salud mental y género. Cómo así también nos posicionamos desde una mirada feminista sobre los cuidados y la maternidad, basándonos en autoras cómo Fernández (1993), Gherardi, Pautassi y Zibecchi (2012), Pérez Orozco (2006), Marcús (2006), Pignataro (2022), Federici (2010), Lagarde (2003) entre otras.

A continuación, desarrollaremos los obstáculos y facilitadores que se nos presentaron en la relación del campo y la estructura de la tesis.

Obstáculos

Una vez aprobado el diseño y habiendo sido confirmado el permiso para la investigación, quedó pendiente esperar el inicio del año lectivo. Sin embargo, el Servicio Social informó que la investigación no iba poder llevarse a cabo por decisión de la dirección del hospital, lo que representó el primer gran obstáculo. Ante esta situación, realizamos diversas acciones con nuestras tutoras y referentes del hospital, incluyendo notas, reuniones y consultas. Gracias al trabajo conjunto, y después de aproximadamente dos meses, obtuvimos el permiso para realizar la investigación, pero con modificaciones. Aquí nació nuestro segundo obstáculo: la prohibición de grabar entrevistas, limitándonos a tomar solo notas escritas. Aunque hemos podido recolectar datos y consideramos que las fuentes resultaron adecuadas para el análisis, la modalidad de toma afectó la fluidez y la dinámica de las entrevistas. Frente a ello, diversificamos las fuentes de información incluyendo entrevistas con profesionales en contacto con las mujeres-madres.

El tercer obstáculo fue la imposibilidad de convocar nosotras mismas a las personas entrevistadas, ya que la selección fue realizada por el Servicio Social, generando dependencia del tiempo y reprogramaciones por cancelaciones de las mujeres-madres. Por otro lado, el

hospital nos limitó a entrevistar solo a trabajadoras sociales del Servicio Social, aunque logramos diversificar la información al ser estas de distintas áreas de la institución. Las interrupciones constantes en las salas de entrevistas, ya sea por consultas a nuestras acompañantes del Servicio Social o por las hijxs de las entrevistadas, también incidieron en el proceso y fueron tomadas como datos relevantes para la investigación.

El cuarto obstáculo fue la negativa de participar como observadoras a las “Reuniones de Padres”, impidiéndonos registrar conversaciones y dinámicas importantes para nuestra unidad de análisis.

Facilitadores

A pesar de los numerosos obstáculos, el trabajo conjunto con el área del Servicio Social del Hospital fue esencial para que la Dirección del establecimiento permitiera la investigación. Ellas han insistido y defendido nuestra propuesta. Además, al participar como observadoras en las entrevistas, han podido brindarnos información complementaria muy necesaria.

Por otro lado, destacamos la predisposición y motivación de las entrevistadas, lo que permitió fluidez en las respuestas. Las referentes del hospital utilizaron diversas estrategias para que las mujeres-madres encontrarán sentido en las entrevistas. La inclusión de profesionales en nuestra muestra enriqueció los resultados, proporcionando una visión más amplia y compleja de la problemática. La temática de nuestra tesis estaba en la agenda de lxs profesionales, lo cual mantuvo el interés y la apertura para realizar este trabajo.

Finalmente, el acompañamiento metodológico, teórico y emocional de nuestras tutoras Eugenia Bianchi y Milagros Oberti fue crucial para sostener y guiar todo el proceso de investigación y elaboración de la tesis.

Estructura de la tesis

Con el fin de exponer nuestros resultados de investigación, el presente trabajo se estructura de la siguiente manera:

En el apartado siguiente se detalla la metodología a partir de los subtítulos: elección de estrategia metodológica, pregunta de investigación, objetivo general y específicos, unidad de análisis, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de información y resguardos éticos. Gracias a la información proporcionada en cada uno de estos

subtemas se evidenciarán las modificaciones sucedidas respecto al diseño y justificará los capítulos en concordancia con los objetivos específicos planificados.

Luego, nos abocamos al Marco Teórico, en donde abordaremos los principales conceptos teóricos agrupados en salud mental y género, maternidad, y tareas de cuidados y autocuidado. Estos son considerados de suma relevancia para el adentramiento a la temática planteada, y serán retomados y profundizados a lo largo de los capítulos siguientes.

Tomamos como primer capítulo al nombrado “Prácticas de cuidado y redes de apoyo” en el cual trabajaremos el primer y segundo objetivo específico. Cuenta con cinco subtítulos. En el primero “Trayectoria institucional: el hospital como alivio” nos enfocaremos en la implicancia del hospital en la vida de lxs niñxs concurrentes y sus madres. En el segundo “El cuidado ¿asunto de mujeres?”, analizaremos los hallazgos en torno a las tareas de cuidado desempeñadas por las mujeres-madres, en clave de género y poniendo en el centro del debate la socialización de los cuidados. En el tercer subtítulo “Los sentidos del cuidado” reflexionaremos acerca de los sentidos otorgados al cuidado con el fin de brindar un mayor análisis de la subjetividad de las entrevistadas. Por su parte, en el cuarto subtítulo “Redes de apoyo”, describiremos y analizaremos cómo es el respaldo socioeconómico de las entrevistadas en torno a los cuidados que realiza para sus hijxs y para sí misma. Por último, el quinto subtítulo será “Lo comunitario como emergente del análisis” en el que destacaremos el hallazgo del emergente comunitario como parte de las redes de apoyo de las protagonistas de este trabajo.

En el segundo capítulo “Sentidos del rol materno” trabajaremos el tercer y cuarto objetivo específico. El mismo tendrá tres subtítulos para exponer los hallazgos. El primero de ellos será “La influencia de sus referentes maternas” donde desarrollaremos el análisis sobre la influencia de sus referentes maternas en la propia construcción del sentido materno. El segundo será “Rol materno: las contradicciones entre el mundo interno y externo” donde describiremos las tensiones identificadas entre el rol materno y el mundo externo que complementa al mismo. Este subtítulo guarda estrecha relación con el cuarto objetivo específico ya que haremos énfasis en la incidencia que puede tener el hospital en la construcción del rol. Por último, en “El rol activo de las mujeres-madres” presentaremos las estrategias y resistencias identificadas en las mujeres-madres, las cuales toman un rol activo frente a su realidad para evidenciarla.

En el tercer capítulo, titulado “Salud mental de las mujeres-madres” trabajaremos el quinto objetivo específico. Para ello, analizaremos las instancias de autocuidado de las mujeres-madres y las limitaciones de estas ante la sobrecarga de cuidados domésticos y de sus

hijos con padecimiento mental. A su vez, abordaremos los emergentes en torno al consumo de sustancias por parte de mujeres-madres según relatos de profesionales y la notable violencia padecida por las entrevistadas. También reflexionaremos acerca de sus proyecciones a futuro.

La investigación culmina con un capítulo de conclusiones, recapitulando los hallazgos, sugiriendo posibles líneas de continuidad y ofreciendo apreciaciones sobre el rol del trabajo social. Finalmente, se incluyen como anexos la transcripción de notas de una mujer-madre entrevistada y los modelos de consentimiento informados.

METODOLOGÍA

Elección de estrategia metodológica

Para realizar esta investigación elegimos un diseño metodológico cualitativo y flexible. Sautu (2001) indica que dicha metodología puede “investigar la construcción social de significados, las perspectivas de los actores sociales, las condiciones de la vida cotidiana, o brindar una descripción detallada de la realidad” (Denzin y Lincoln en Sautú, 2001, p.73) por lo que fue la más adecuada para indagar sobre la perspectiva de las mujeres-madres y sobre los significados subjetivos que le otorgan a su propio rol materno, a sus prácticas de cuidado y a la autopercepción de su salud. Por su parte, Vieytes (2009) señala que la complejidad es un atributo esencial para ser estudiado con métodos cualitativos, ya que contiene numerosos factores interactuando y generando propiedades emergentes. Captar esta complejidad y la percepción subjetiva del proceso es un desafío ideal para la investigación cualitativa, especialmente en contextos sociales. Es por ello, que esta estrategia de trabajo nos permitió conocer y comprender detalladamente cuestiones complejas de la maternidad, los cuidados y la salud mental desde lo personal de cada entrevistada.

Además, la actitud reflexiva y abierta para poder captar cuestiones que no fueron tenidas en cuenta al momento de confeccionar el diseño del trabajo cualitativo (Mendizábal 2007), han servido en el proceso de investigación. Gracias a su diseño flexible hemos podido identificar y resolver situaciones inesperadas como la imposibilidad de grabar las entrevistas, las modificaciones en la guía de preguntas y el cambio de plazos para su desarrollo.

Es importante destacar que “existe poca evidencia empírica en nuestro país sobre la percepción de las personas cuidadoras de personas con padecimiento mental y este vacío aleja a las intervenciones públicas del problema” (Nadur, 2023, p. 220). Una excepción a esta vacancia general es el trabajo de investigación final de Trabajo Social de Seijas y Fiamberti (2019), quienes investigaron sobre las modificaciones que se producen en la vida cotidiana de las mujeres-madres que asisten al hospital a partir del diagnóstico de salud mental de unx hijx. Para ello indagaron los cambios que sucedieron en sus rutinas, en sus prácticas de cuidado y en sus subjetividades. Dicha investigación fue publicada en 2019, sin embargo, es pertinente aclarar que se desarrolló previamente a la pandemia, por lo que se presenta en un escenario distinto y con grandes cambios, en donde ha habido un mayor debate en torno a las cuestiones de la salud mental y los cuidados.

Pregunta de investigación

A raíz de indagar y profundizar sobre la temática general de nuestra tesis, dimos forma a la pregunta-problema que guió el proceso investigativo: ¿De qué maneras repercute, en los procesos de salud-padecimiento-atención-cuidado de las mujeres-madres, la demanda de tareas de cuidado realizadas hacia sus hijxs con padecimiento mental que concurren al Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 2022-2023?

Al establecer esta relación nos empezaron a surgir inquietudes e interrogantes conexos, entre ellos: ¿En qué consisten los cuidados que deben realizar las mujeres-madres a sus hijxs con padecimiento mental? ¿Cuáles son las estrategias que realizan para llevar a cabo el cuidado de sus hijxs? ¿Cuáles son los sentidos que otorgan a su rol materno? ¿Cómo afecta en su salud mental el acompañamiento de sus hijxs con padecimiento mental? ¿Cómo afectan en la salud mental los mandatos relacionados a la maternidad? ¿Qué espacios o momentos encuentran para el autocuidado? ¿Qué resistencias tienen a los mandatos de la maternidad? ¿Cuáles son sus proyecciones a futuro?

Objetivo general y específicos

A partir de las preguntas mencionadas anteriormente planteamos como objetivo general conocer las prácticas de cuidado llevadas a cabo por las mujeres-madres acompañantes de niñxs y adolescentes que concurren al Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de comprender cómo repercuten los mandatos impuestos por la institución materna en la propia salud mental de estas mujeres en el período 2022-2023. En un principio, nuestro diseño contenía objetivos específicos, que se planificaban alcanzar únicamente a través de la información recabada de los relatos de las mujeres-madres entrevistadas. Sin embargo, por las modificaciones en las tareas de campo que mencionamos en el apartado de “Obstáculos” en la Introducción, por el diseño flexible adoptado, y por la lectura de distintos antecedentes, como la investigación de Fiamberti y Seijas (2019), en la cual incluyeron el aporte de profesionales en el diseño de la muestra, decidimos incorporar un objetivo específico que no había sido contemplado durante la elaboración del diseño. Por ello para alcanzar nuestro objetivo general, nos propusimos los siguientes:

- Conocer cuáles son las tareas de cuidado diarias que llevan a cabo estas mujeres-madres hacia su hijx con padecimiento mental a través de sus relatos.
- Conocer la red de apoyos con la que cuentan las mujeres-madres para el desarrollo de sus actividades diarias a través de sus relatos.

- Indagar los sentidos y aprendizajes que guían la construcción del rol materno de las mujeres-madres a través de sus relatos.
- Indagar la posible incidencia del hospital en la formación de sentidos y subjetividades de las mujeres-madres a través de los relatos de los profesionales del Servicio Social.
- Analizar las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres-madres a partir de la apreciación de su propia salud a través de sus relatos y de las profesionales del Servicio Social del hospital.

Unidad de análisis

Considerando nuestro problema de investigación y objetivos, seleccionamos como unidad de análisis a mujeres-madres de niñas y adolescentes con padecimiento mental en tratamiento en el Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires. La selección de estas fue realizada por el Servicio Social del Hospital, abarcando diferentes espacios del establecimiento. Entrevistamos a mujeres de los sectores "Hospital de Día" y "Consultorios Externos". Ante la imposibilidad de grabar las entrevistas, ampliamos nuestra unidad de análisis incluyendo a profesionales del hospital que trabajan en los mismos servicios que las mujeres mencionadas. Sin embargo, solo entrevistamos a trabajadoras sociales debido a restricciones impuestas desde la dirección del Hospital al acceso a personal de otras disciplinas.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Las fuentes primarias de la investigación se recolectaron a través de la técnica de entrevistas semi-estructuradas, las que se caracterizan por tratarse de “preguntas abiertas que son respondidas dentro de una conversación, teniendo como característica principal la ausencia de una estandarización formal” (AnderEgg, 2011, p. 123). Esto se tradujo en diálogos abiertos, en re-preguntas que lograron una mayor profundización de las dimensiones a abordar e incluso la emergencia de temáticas no contempladas originalmente en el diseño de investigación, las cuales se complementaron con lo planificado inicialmente, proporcionando una mirada más amplia y profunda de la temática trabajada. A su vez, las entrevistas han sido sumamente valiosas ya que no solo implican la interacción entre dos o más personas, sino que es un dispositivo que permite “hacer ver” y “hacer hablar”, donde emergen nuevos sentidos y discursos inexistentes previamente a ella.

Cabe aclarar que las entrevistas se realizaron en todos los casos por la dupla investigadora. Al momento que una entrevistaba y mantenía el diálogo con la entrevistada, otra realizaba las anotaciones del encuentro. De esta manera, recolectamos también las fuentes primarias con la técnica de observación participante que, tal como plantea Ameigeiras, “no es solo una herramienta de obtención de información sino, además, de producción de datos en virtud de la presencia de un proceso reflexivo entre los sujetos estudiados y el sujeto cognoscente” (2006, p. 125). Siguiendo a este autor, la observación y la participación activa e interactuante puede generar el conocimiento del mundo social, y por esto consideramos que es una técnica que nos ha podido brindar información relevante y fundamental para comprender la realidad de las mujeres-madres. Con esta técnica, se pretendió recuperar aspectos no verbales que surgieran en el contexto de la entrevista, como por ejemplo gestos, posturas corporales, cuidado estético general, interrupciones, silencios, etc. Todo lo planteado hasta aquí se efectivizó según el siguiente esquema:

- 6 entrevistas a mujeres-madres de NNYA concurrentes al Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires
- 3 entrevistas semi-estructuradas a profesionales que ejercen su labor en el Hospital. Todas ellas son Trabajadoras Sociales.

El período de tiempo para la recolección de datos, tanto de las mujeres-madres como de las profesionales, abarcó desde el 5 de septiembre del 2023 hasta el 15 de diciembre del 2023. En relación a las entrevistas de las mujeres-madres, la duración mínima de las seis entrevistas ha sido de cincuenta minutos, y la duración máxima ha sido de una hora y media. El promedio total estimado de las seis entrevistas ha sido una hora. Por su parte, en las entrevistas a las profesionales la duración mínima fue de cuarenta minutos, y la duración máxima también ha sido de una hora y media. El promedio total estimado de las tres entrevistas ha sido una hora y veinte minutos.

En ninguna de las entrevistas, ni las de las mujeres-madres y ni las de las profesionales, se requirió un segundo encuentro, pero sí hemos necesitado volver a agendar cita con alguna de las mujeres-madres ya sea por falta de disponibilidad de su parte como así también por la de las acompañantes del hospital que estaban presentes en la entrevista.

Procesamiento y análisis de información

A través del Método Comparativo Constante se pudo elaborar categorías teóricas para analizar y “formular teoría a través de la generación de categorías conceptuales que el equipo investigador construye a partir de la evidencia empírica” (Samter, 2017 p. 1). A partir de los datos recolectados de las fuentes primarias de mujeres-madres e informantes claves, se definieron dimensiones centrales como categorías de análisis. Las mismas son: trayectoria institucional, redes de apoyo, tareas de cuidado y distribución por género, los sentidos del cuidado, la influencia maternal en las mujeres-madres, sentidos del rol materno, reivindicación del rol materno. A partir de estos criterios de selección, se decodificó y agrupó la información, seleccionando apartados de las entrevistas que se relacionan con cada categoría.

Resguardos éticos

Para la investigación tuvimos en cuenta los Lineamientos para el Comportamiento Ético en las Ciencias Sociales y Humanidades del Comité de Ética de CONICET (Resolución 2857/2006), la Guía para Investigaciones con Seres Humanos (Resolución Ministerio de Salud, 1480/2011) y la Ley de Protección de Datos Personales (Senado y Cámara de Diputados de la Nación, 25316/2010). Asimismo, se siguieron las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud con seres humanos (OMS, 2016).

Se elaboraron guías de preguntas, supervisadas por las referentes del Servicio Social del Hospital. Antes de realizarlas, se les informaba a las entrevistadas que era para un trabajo final de grado de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. A su vez, les explicamos los objetivos y les aclaramos que los datos obtenidos serían utilizados solo con fines académicos, garantizando el anonimato mediante seudónimos elegidos por ellas mismas. También mencionamos que podían finalizar su participación en cualquier momento y rehusarse a responder cualquier pregunta sin explicar el motivo y que se tomarían notas de las respuestas para su posterior análisis. Solo iniciábamos las entrevistas tras tener la conformidad oral de las entrevistadas y el consentimiento informado firmado, entregando una copia donde se detallan nuestros contactos para que se pudieran comunicar por cualquier motivo.

Cabe aclarar que la institución involucrada en esta tesis ha preferido mantener el anonimato. Por esta razón, no mencionaremos su nombre a lo largo del presente trabajo.

MARCO TEÓRICO

Este capítulo presenta los elementos teóricos fundamentales desde los cuales partimos para pensar el problema de investigación y los que guiaron nuestro trabajo y el análisis de los resultados. Los conceptos claves se relacionan estrechamente con nuestros objetivos y serán retomados en los siguientes capítulos. La división en subtítulos facilita la lectura, aunque cada apartado despliega reflexiones interrelacionadas. La exposición de los mismos no resulta pues en una sucesión lineal de nociones, sino una articulación conceptual que enriquece el análisis. En cada sección se destacan los aspectos significativos para nuestra investigación.

Salud mental y Género

Para comenzar este apartado desarrollamos el concepto de salud mental, para luego desembocar en la articulación con Género.

En relación a salud mental, históricamente en Argentina ha sido abordada desde paradigmas médico-judiciales hegemónicos de encierro e invisibilización (Arguiano et al, 2023). El Modelo Médico Hegemónico (MMH) prioriza las instituciones y el saber biologicista, individualista, ahistórico y asocial, teniendo en cuenta sólo el aspecto biológico de la enfermedad y el padecimiento (Menéndez, 2005). Tal como acertadamente considera la autora Nadur (2023) “si hablar es hablar de saber, entonces nos estamos refiriendo a la existencia de poder” (p. 205), en definitiva, los cimientos modernos de la constitución del campo de la salud “se ha escrito y construido por voces autorizadas y legitimadas en torno a un ideal masculino, cissexual, racional, capacitado, blanco, propietario y heterosexual” (D’Elía y Colángelo, 2023, p. 35). Este poder del MMH ha sido cuestionado a lo largo del tiempo por miradas que conciben a la salud de manera integral y comunitaria. Dicha interpretación, es fundamental para reconocer desigualdades al interior de la práctica y la posibilidad de discusión sobre esta.

Es así como las progresivas objetivaciones de la institución manicomial y las percepciones hegemónicas en torno a la salud, han impulsado debates legislativos y proyectos políticos de reforma psiquiátrica, entre otros proyectos. En esta línea, el acontecimiento de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en 2010, adquiere una importancia central ya que desde la estructura sanitaria del Estado nacional se incorporaron factores singulares, históricos y sociales a la problemática de la salud mental, y a su vez se la toma “como relación de fuerza, como interjuego de fuerzas históricas (...) conlleva a problematizar las relaciones de poder” (Faraone 2012, p. 49). Es por esto que, en este trabajo nos posicionamos desde la

perspectiva que aporta dicha ley, ya que denomina a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Art.3). Faraone explica que la normativa se distingue de la noción de enfermedad mental o trastorno mental, no limitando la afección de salud mental a un conjunto de entidades patológicas y, en cambio, se centra en el concepto de padecimiento mental/psíquico que se refiere a la dolencia subjetiva percibida por el individuo y a la relación del sujeto con lo social y lo cultural (2013).

En este sentido, adoptamos la perspectiva de la Medicina Social Latinoamericana, que comprende a la salud-enfermedad como un proceso dialéctico que tiene en cuenta las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y en el desarrollo de los padecimientos (Iriart, 2002). Partiendo de este posicionamiento, aportamos el concepto salud-padecimiento-atención-cuidado, y justificamos su uso en el propósito de repensar el término salud-enfermedad, que tiende a dividir la experiencia humana en dos estados opuestos y no contemplar a la salud como “estado completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946, p.1).

Menéndez (1994) plantea que este proceso es un universal que opera estructuralmente en toda sociedad y los conjuntos sociales que la integran e incluye los saberes para enfrentar, aliviar, convivir y dar respuestas a los padecimientos. Por ende, el enfoque adoptado abarca un espectro amplio de experiencias y condiciones, reconociendo que la salud y el padecimiento no son necesariamente estados mutuamente excluyentes y que la atención y el cuidado son componentes integrales de la experiencia. Así, nos alejamos del MMH que “ubica a los procesos sociales como una articulación externa del proceso salud-enfermedad mientras que su articulación interna sigue pensada en términos biológicos naturales” (Laurell, 1986, p.3), y reafirmamos que la salud mental “no es sólo mental, (...) es colectiva, es comunitaria, es respetuosa de los cuerpos, deseos, de las diferencias, es antirracista, es no-cisexista, es antimanicomial, es no capacitista y antipunitivista” (D’Elia y Colángelo 2023, p.35).

Ahora bien, es preciso tener en cuenta que, como bien indica Macha el sintagma “salud mental” es un territorio en disputa debido a que trae consigo “una supuesta normalidad o un estado mental correcto hacia el cual todxs deberíamos ir” (2023, p.157) pero en contraposición, se propone ver al mismo como un proceso de libertad e igualdad acompañado socialmente, que dé respuestas efectivas a las personas con padecimientos mentales y a sus familiares, y no disociarse de sus situaciones materiales de existencia.

Entonces, alejándonos de la perspectiva biologicista y comprendiendo que los padecimientos de salud mental están condicionados social y culturalmente, proponemos articularla con el género, ya que este influye en los procesos de salud-padecimiento-atención-cuidado de las mujeres, sea en su producción o gestión. Tomamos al género como:

Un conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones que se construyen socialmente tomando a la diferencia sexual como base. Esta construcción social funciona como una especie de "filtro" cultural con el cual se interpreta al mundo, y también como una especie de armadura con la que se constriñen las decisiones y oportunidades de las personas dependiendo de si tienen cuerpo de mujer o cuerpo de hombre. (Lamas, 2007, p.1).

Coincidimos con la autora Burin (2010) quien propone buscar los orígenes del malestar de las mujeres en las leyes culturales patriarcales, las cuales les imponen condiciones opresivas, y manifiesta que los roles de género (materno, conyugal, de ama de casa, el doble rol social de trabajadora doméstica y extra doméstica) afectan los modos de enfermar/padecer de las mujeres. En esta línea, Basaglia (1983) plantea que en el caso de las mujeres es más evidente la relación entre el disturbo psíquico y la rigidez de las reglas de comportamiento. Las actitudes y conductas legítimas para la mujer son reducidas, quien las transgrede está fuera del espacio normal y debe ser condenada. La pasividad, desdoblamiento, disponibilidad corresponden al ideal de salud mental para una mujer. Por este motivo, propone investigar la "locura" de las mujeres como un producto histórico-social y comprendiendo que el sufrimiento de estas se encuentra relacionado con los obstáculos y condiciones impuestas socialmente.

Según un informe de Naciones Unidas (2017), las mujeres "sufren de manera desproporcionada las prácticas de salud mental que se basan en tradiciones patriarcales y paternalistas, los estereotipos de género inapropiados y nocivos, la medicalización de los sentimientos y el comportamiento de la mujer, y la coacción" (p. 15). Vale pues mencionar que históricamente el discurso psiquiátrico contribuyó a construir la idea de que existe una modalidad "normal" de "ser mujer" y multiplicó diagnósticos que transforman el sufrimiento de las mujeres, derivados de las condiciones sociales adversas, en patologías psiquiátricas como depresión, ansiedad, bipolaridad, etc. Este tipo de diagnósticos ocultan las causas sociales que provocan los sufrimientos de las mujeres, entre ellas la violencia, las múltiples desigualdades, la subordinación, la sobrecarga de cuidados, la maternidad, etc. (Caponi, 2019).

Si bien estos aportes advierten las situaciones de inequidad en torno a la salud mental

de las mujeres, se debe tener en cuenta la idea de interseccionalidad, comprendida como la perspectiva de análisis que aborda la simultaneidad de ejes de poder articulados, que generan desigualdad social sistemática o una “matriz de dominación” (Viveros, 2016). Una de las autoras pioneras en utilizar el concepto de interseccionalidad fue Crenshaw (1989), quien denuncia que el movimiento feminista y antirracista excluye a las mujeres negras ya que consideran la categoría de género y de raza por separado, ignorando la intersección entre ambas. En este sentido, se plantea que la intersección entre la clase, raza, el color, la etnia, el origen, la orientación sexual, etc. particulariza la manera de experimentar la discriminación de género, exponiendo a grupos particulares de mujeres a vulnerabilidades que les afectan única y desproporcionadamente en comparación con otras.

Además, en torno al concepto, tomamos con gran interés los aportes de Bianchi y Sabin Paz (2023) quienes trabajan la interseccionalidad con diversxs autorxs como Maite Climent Clemente (2018) y Brah (2011). Sus perspectivas convergen en la noción de interseccionalidad situada, que considera las múltiples maneras de opresión, privilegios y vulnerabilidades como contingentes y contextualmente situadas. Según Clemente (2018), la interseccionalidad debe concebirse como situación, lo que implica que las prácticas de dominación emergen o se reactualizan en ciertos contextos específicos. Por su parte, Brah (2011) describe la interseccionalidad como una sistematicidad de las contingencias, donde las relaciones de poder se articulan en categorías relacionales como clase, racismo, género y sexualidad. Este concepto resulta sumamente importante para analizar las diversas opresiones que intersectan en la vida de estas mujeres y cómo impactan en su salud mental.

Maternidad

En relación a este concepto, para la presente investigación adoptamos el marco teórico ofrecido por Zerilli (1996) donde trae los aportes de Beauvoir y Kristeva acerca de la maternidad e intenta situar las conductas maternas en el campo de la cultura y alejarlas de ser el único destino femenino. Las autoras reinterpretan el cuerpo materno enunciando que no es un cuerpo biológico, sino que se produce culturalmente al inscribirlo en los discursos de la maternidad, que postulan a la madre como sujeto y niegan de esta manera a las mujeres. También, se proponen identificar al deseo femenino como algo más complejo que va más allá de lo maternal o anti-maternal, sino que es ambivalente, contradictorio, siendo la ambigüedad la característica de la maternidad (Cuesta, 2008).

Por otra parte, para Lozano Estivalis (2002), la maternidad es una categoría discursiva

que se da en la experiencia de lxs sujetxs y determina condiciones de socialización como seres sexuados. Es una variable de relación humana que elabora un conjunto de asignaciones simbólicas con la que las mujeres deben enfrentarse individual y colectivamente.

A su vez, retomamos los aportes de Fernández (1993) quien explica que “la sociedad organiza el universo de significaciones en relación con la maternidad alrededor de la idea mujer-madre: la maternidad es la función de la mujer y a través de ella la mujer alcanza su realización y adultez” (p.161). En este sentido, la maternidad es lo que dará sentido a la feminidad; la esencia de la mujer es ser madre. La autora expresa que la eficacia del mito de la mujer-madre se basa en considerar la maternidad como un fenómeno de la naturaleza y en establecer que las mujeres tienen un instinto materno que le permite entender mejor que nadie lo que necesita su hijx, por esto, se espera de ella amor incondicional, ternura y dedicación. La autora considera que el mito de mujer-madre opera por violencia simbólica, ya que los mecanismos de totalización invisibilizan y niegan la diversidad de sentidos que tienen las mujeres en relación con la maternidad. Nos parece importante destacar que esta confusión entre mujer-madre y feminidad-maternidad es, cómo explica Nari (2004) producto de un proceso de maternalización de las mujeres, que es una construcción social donde tuvieron influencia los discursos médicos y las instituciones del Estado.

En trabajos de Badinter (1981), se plantea que una mujer “será o no será una buena madre en función de lo que la sociedad desprecie o valore a la maternidad” (p.12). Teniendo en cuenta el contexto de la Francia de finales del siglo XVIII, en donde nace la familia nuclear moderna (denominada como unidad familiar) la autora destaca que la mujer debe ser ante todo madre y es entonces cuando aparece por primera vez el mito del instinto maternal como constructo social. Paralelamente a este constructo, se construye la idea mala madre, volcada a aquellas mujeres que alejaban de la producción de cuidados y ternura hacia sus hijxs. Profundizando este concepto, la autora Palomar Vereá (2004) explica que la construcción social de la maternidad genera mandatos en relación al ejercicio de la maternidad y se producen estereotipos que se dirigen a las mujeres y que estas mismas se autoaplican. Además plantea que uno de los estereotipos es la idea de “buena madre”, la cual tiene instinto y amor materno y se caracterizan por la paciencia, tolerancia, capacidad de consuelo, capacidad de sanar, de cuidar, de atender, de escuchar, de proteger, de sacrificarse, etc. En contraposición, presenta a “la mala madre” que es la que no cumple con los ideales de la maternidad socialmente construida y será estigmatizada, penalizada o diagnosticada.

Siempre en relación a los objetivos de este trabajo de investigación, consideramos el trabajo de Rich (2019) quien distingue entre dos significados superpuestos de maternidad: “la

relación potencial de cualquier mujer con los poderes de la reproducción y con los hijos; y la institución cuyo objetivo es asegurar que este potencial —y todas las mujeres— permanezcan bajo el control masculino” (p.57). Para esta autora la institución de la maternidad es la maternidad bajo el patriarcado, basada en suposiciones, normas, reglamentos y controles que secuestran las experiencias de las mujeres. Aunque entendamos a la maternidad como una institución que impone mandatos y un modelo hegemónico de ser madre, no obviamos que existen resistencias y negociaciones en las experiencias de las mujeres-madres.

Un aporte importante para nuestro trabajo es el que hace Brandão cuando retoma a Shabot y Korem (2022), e interpreta cómo la violencia contra la mujer (especialmente la violencia obstétrica), actúa sobre el cuerpo y la subjetividad de las mujeres. Para entender esta situación, trae el concepto de “mandato de la vergüenza”. Con este concepto cuestionan cómo la vergüenza de género paraliza y silencia los cuerpos de las mujeres dejándolas vulnerables a diversos tipos de violencia.

Por lo que, a través de la construcción subjetiva de ser mujer como objeto, “un ser-para-otros”, las mujeres buscan un estándar idealizado del femenino, aspiración que siempre falla ya que no existe la mujer perfecta, o la madre perfecta. Y es ahí cuando aparece la vergüenza de no encajar, de no parecer la ideal, de fallar. Este suceso en circunstancias alargadas de tiempo e intensidad afecta la salud mental, entre otros aspectos ya que genera sentimientos como inadecuación, frustración, miedo y estrés. Es una vergüenza que paraliza, abruma, silencia. Y esto es lo que aumenta la vulnerabilidad hacia las enfermedades, ya que no hay ninguna estrategia de autocuidado y autoatención, fundamentales para la vida. La revisión de estas autoras, busca que se reconozca la interdependencia como aspecto básico de salud integral.

Además de estas posibles afecciones en la salud mental en consecuencia de imposiciones y presiones estructurales, creemos importante contextualizar la situación que atraviesan las mujeres-madres implicadas en la investigación. Estas se ven inmersas en el cuidado de niñas con padecimiento mental, lo cual posibilita el riesgo de desarrollar o incrementar problemáticas de salud física y mental. Estudios como los de Casuso y Almenara (2019) evidencian que la situación de un padecimiento mental en un hijx, tanto por el conocimiento del diagnóstico, como por la severidad de los problemas conductuales de sus hijxs, "puede generar mucho estrés, afectar el funcionamiento psicológico y bienestar general" (p. 24).

Sin embargo, puntualmente, los apoyos y diálogos de este trabajo en torno a la contextualización de mujeres-madres de hijxs con padecimiento mental serán las

investigaciones de Bianchi y Rodríguez Jurado (2019), y Fiamberti y Seijas (2019). Las primeras investigan cómo la vida cotidiana de las mujeres-madres de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) se ve afectada por las terapias y los cuidados requeridos para sus hijos. En cuanto a la transformación de las actividades cotidianas, las mujeres-madres dedican gran parte de su tiempo, como ya dijimos, al cuidado, pero también gestión administrativa de múltiples sesiones terapéuticas y controles médicos. Esto afecta su vida diaria, generando una estructura rígida en la que las actividades deben organizarse en torno a las necesidades del niño con TEA. Además, esta responsabilidad recae principalmente en ella, lo que lleva a una sobrecarga física y emocional. En cuanto al tiempo libre y el ocio, las acciones mencionadas, limitan su participación en actividades recreativas o sociales. Y cuando se les pregunta sobre posibles cambios en el proceso de tratamiento, algunas de ellas expresaron deseos de tener más tiempo para sí mismas o de eliminar las terapias. Sin embargo, también muestran resignación y aceptación de la situación, lo que refleja una adaptación a la realidad biomedicalizada de sus vidas.

Por su parte, los aportes de Fiamberti y Seijas (2019), destacaron la importancia crucial que el factor temporal adquiere en la vida de las mujeres-madres. También han observado cómo el diagnóstico en salud mental de sus hijos afecta significativamente la organización de las rutinas diarias de estas mujeres, generando una escasez de tiempo disponible para otras actividades. Esta última cuestión también ha sido indicada en la investigación de Bianchi y Rodríguez Jurado (2019), ya que la atención a las necesidades de los hijos con diagnóstico en salud mental se convierte en el eje central de la vida de las entrevistadas, implicando la dedicación exclusiva a tareas como la coordinación de citas médicas, la administración de medicamentos, entre otras responsabilidades. En consecuencia, muchas abandonan trabajos remunerados debido a la demanda de tiempo y energía requerido para el cuidado cotidiano de su familia. Además, identificaron el aislamiento social de estas mujeres y sus familias, tanto por la dificultad para lidiar con la situación como por el estigma asociado a los padecimientos mentales. Sin embargo, han encontrado como hallazgo, que establecieron nuevas relaciones de amistad y compañerismo con otras madres en situaciones similares. En cuanto a las proyecciones de futuro, las autoras observaron ambigüedad y poca claridad en las respuestas. Si bien algunas expresaron el deseo de retomar el trabajo en el futuro, la mayoría ha tenido dificultades para visualizar un panorama más allá del tratamiento continuo de sus hijos.

Continuando con el análisis en clave relacional, entendemos que el término de maternidad es imposible de pensarlo si no se tiene en cuenta a las infancias, niñeces y

adolescencias sobre la cual gira la práctica. Es por esto que incluimos esta noción en nuestro marco, la cual según Cuesta (2008), en el siglo XVII y XVIII surge como parte de una ideología en la cual se considera a la infancia como un periodo de vida valioso. Gracias a los aportes de Bianchi y Faraone (2018), podemos indicar que la relación entre la consolidación de los estados capitalistas y la aplicación de estrategias gubernamentales dirigidas a la infancia tiene múltiples razones fundamentales. Por un lado, la capacidad de que la niñez pueda amplificar los efectos de las políticas gubernamentales que se aplican en otros ámbitos, como la familia y la escuela. Además, la necesidad de regular la infancia impulsó el desarrollo de campos del conocimiento relacionados con la salud y la salud mental en formas modernas, como la medicina, la pediatría, la psicología, la psiquiatría y la neurología, y promovió su integración con otros campos de conocimiento con el fin de normalizar el comportamiento infantil.

Asimismo, el gobierno de la infancia se suma a otros grupos considerados "no productivos" y sujetos a procesos de normalización, como vagabundxs, mendigxs, enfermxxs, ancianxs, mujeres, individuuxs peligrosxs, transgresorxs o criminales, y personas con trastornos mentales (Varela y Álvarez-Uría, 1991). Es por ello, que el concepto mencionado propicia el condicionamiento de la mujer a la vez de compartir cierto grado de marginalización, en otras palabras:

“Se fomenta la exigencia de cumplir unos estándares de calidad que hacen que la mujer sea una buena madre. Esta idea viene avalada por los avances del conocimiento que reconocen la importancia de la infancia para un correcto desarrollo de la persona adjudicando a la madre un papel relevante” (Frischmuth 2000, citada en Guardiola 2016, p.216).

El valor y la inocencia de la infancia dan origen al discurso moderno sobre la maternidad, en torno a esta, se utilizaron diversos factores para poder mitificarla tales como el cuerpo femenino, la lactancia, y los deberes maternos de la crianza, entre otros.

Tareas de cuidado y autocuidado

La acción de cuidar invoca un concepto complejo, al cual lo comprendemos como un trabajo ya que implica tiempo, desgaste físico-mental y genera valor. De allí se deriva su relevancia, no solo social, sino también económica. En la forma en la cual se organizan las actividades y trabajos entre varones y mujeres, desde una mirada inicialmente binaria, son estas últimas las que mayoritariamente asumen la responsabilidad de cuidar de otrxs muchas veces de manera exclusiva, esto es la división sexual del trabajo. Profundizando en este

concepto, Federici (2010) sostiene que las mujeres han tenido funciones centrales en el proceso de acumulación capitalista ya que han sido las productoras y reproductoras de la fuerza de trabajo.

Desde la perspectiva marxista clásica se afirma que mientras el trabajo productivo, realizado mayoritariamente por hombres, tiene por finalidad producir mercancías a cambio de una remuneración económica y en el espacio público, el trabajo reproductivo es el destinado a satisfacer las necesidades de la vida cotidiana y la reproducción de la fuerza de trabajo, en el espacio privado del hogar y sin remuneración alguna (Bolla et al, 2020). Además, según la autora Brandariz (2023), en el contexto de la Segunda Guerra Mundial, momento en que las mujeres se han incorporado masivamente al mundo del trabajo, sostuvieron tanto el realizado fuera de casa, como el del interior de sus hogares. Así fue que se conformó la doble jornada laboral y la pronunciada desigualdad en la que las mujeres transitan el mundo del trabajo.

Yendo puntualmente a la labor de cuidado, tiene características particulares que lo diferencia de otros trabajos y actividades que se realizan en la sociedad, “son actividades que dependen de relaciones interpersonales íntimas entre la persona que provee el cuidado y quien lo recibe (por ejemplo, la relación madre-hijo)” (Gherardi, Pautassi y Zibecchi, 2012, p.9). Las autoras citadas plantean que las tareas de cuidados tienen un componente afectivo vinculado con las emociones que se ponen en juego en el acto de cuidar al otro y con el amor hacia quien recibe el cuidado. También hay un componente ideológico y moral, dado que existen formas de cuidado que son valoradas en determinados momentos por la sociedad y que representan “modelos” de buenas prácticas de cuidado. En palabras textuales "cuidar implica la atención y satisfacción de aquellas necesidades físicas, biológicas, afectivas y emocionales que tienen las personas" (2012, p.9). Y aunque todas las personas necesitamos de cuidados, las dependientes (ya sea por niñez, ancianidad, enfermedades o discapacidad) requieren de una mayor cantidad de cuidados y/o de cuidados especiales. Asimismo, estos cuidados son reforzados a través de un conjunto de instituciones y normas sociales, por ejemplo, que las mujeres están naturalmente mejor dotadas para llevar adelante estas tareas de cuidado, en sus roles de madres y/o abuelas.

Tal como mencionamos al inicio, el cuidado es un concepto complejo por sus múltiples dimensiones. Por esto, nos interesa el abordaje que realiza la autora Lía De Ieso (2018) para comprender de forma situada las prácticas de cuidado que se desarrollan en contextos y territorios específicos. Propone tener en cuenta tres ejes: las prácticas o acciones asociadas con el cuidar según los actores; los significados que tienen estas acciones, con sus tensiones y las dimensiones temporales; y espaciales en la que adquieren forma y sentido las

prácticas de cuidado. En este sentido, consideramos relevante para nuestro estudio abordar las acciones y los sentidos que le dan las mujeres-madres al cuidado de su hijx con padecimiento mental.

Ahora bien, para poder entender y abordar los sentidos y la internalización de modelos de “buenas” o “malas” prácticas de cuidado organizadas a través de la división sexual del trabajo, y conceptos como “buena” o “mala madre” es importante aclarar el concepto de “representación social” vistas como:

Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, 1979, p.17).

La representación social es un proceso donde intervienen valores simbólicos y un universo de creencias que, según el contexto y el consenso social, va dotando de características (positivas o negativas) la diversidad de escenarios y roles presentes. Si nos situamos en nuestra época, entendemos que, si bien en la actualidad se asume la igualdad formal entre los dos sexos, “los discursos hegemónicos mantienen sutilmente el mismo contenido de falsa libertad, perpetuando la dominación masculina camuflada de igualdad” (Guardiola, 2016, p. 215). No obstante, pueden evidenciarse algunas revanchas estructurales frente al modelo de familia tradicional de matrimonio heterosexual, visibilizando una amplia variedad de estructuras familiares que conllevan una adaptación de los roles de género. El reconocimiento legal del matrimonio homosexual en 2010, y el cambio situacional de la mujer en el seno familiar (Guardiola, 2016), son dos de las causas fundamentales de la transformación familiar.

Guardiola (2016) plantea que el perfil actual femenino presenta una mujer trabajadora, independientemente de su nivel de formación, no relegada obligatoriamente al ambiente doméstico. Pero que ante la salida de la mujer del ambiente doméstico el patriarcado intenta mantener la prevalencia, pero ya no desde el mandato de que “la maternidad es el único fin de toda mujer”, sino que cambia a una “maternidad de libre elección a pesar del condicionamiento sociocultural” (Camps, 2000 en Guardiola 2016, p. 216).

Acercándonos al final de la exposición de nuestro marco teórico, definiremos dos conceptos que son esenciales abordar la salud mental de las mujeres-madres. Uno es el concepto de autoatención/autocuidado el cual, desde la antropología médica (Menéndez, 2018) sirve para identificar cómo las mujeres-madres logran lidiar con los padecimientos a lo

largo de su vida. Se la define como: “los saberes, es decir, representaciones y prácticas sociales que los sujetos y micro grupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir procesos que afectan su salud” (p. 106).

Por otro lado, la autora Muñoz (2009) define al autocuidado cómo actividades diarias, íntimas y personales que realizan lxs sujetxs para el cuidado de la propia salud y que muchas veces son llevadas a cabo en su ambiente habitual y dentro del contexto de sus patrones de vida diaria. En relación a este planteo, un concepto interesante, para poder relacionar las acciones de cuidados hacia otrxs y las acciones para el autocuidado, es el planteado por Kuhaneck, Burroughs, Wright, Lemanczyk y Darragh denominado “tiempo para mí” (2010, p. 344). Este se refiere a diversas actividades que realizan las madres cuidadoras para poseer de tiempo individual sin sus hijxs. Dichos conceptos fueron tomados de los estudios de referencia de Bianchi y Rodríguez Jurado (2019) y Fiamberti y Seijas (2018) que anteriormente destacamos.

Por último, subrayamos la importancia de que la creación de cuidados debe darse de forma colectiva y que no solo se centre la atención en quienes se cuida, sino que también se vele por el bienestar de quienes están cuidando. Es por eso que se trabajará con el concepto de red de apoyo el cual se conceptualiza como “un conjunto de relaciones familiares y no familiares que brindan algún tipo de ayuda: emocional, práctica, económica, compañía o consejo/guía” (Arias, 2004, p.2).

Por su parte el apoyo emocional supone compartir sentimientos, sentirse escuchado y comprendido por otrxs, mientras que la compañía social incluye realizar actividades de manera conjunta. El apoyo material implica la colaboración en la realización de actividades de hogar y/o trabajo y el apoyo económico hace referencia a dar recursos o dinero para lo que la persona lo necesite. La autora Arias considera que disponer de una red de apoyo social adecuada se asocia con mayores niveles de bienestar integral (2004). A su vez, el autor Campos (1996) planteó que las redes tienen un valor cultural ya que confiere una identidad cultural y también un valor funcional ya que puede proporcionar ayuda y sostenimiento para afrontar diversas necesidades. Además, posee un efecto saludable en la medida que es una fuente de inmunidad social que le confiere una menor vulnerabilidad respecto a los eventos estresantes.

Para comprender las redes de las mujeres-madres que asisten al hospital, destacamos los aportes del autor Merhy (2012) quien plantea la producción de redes de conexión existenciales de lxs usuarixs, las cuales escapan a los lugares instituidos como propios por los servicios de salud. Esta idea es de relevancia ya que da cuenta del nomadismo de estxs en la

construcción de sus redes de cuidado, que muchas veces son por fuera de los equipos de salud, y con el propósito de vencer barreras de cuidado. Esta perspectiva nos aporta entender que las mujeres-madres construyen lazos, más allá del hospital y que pueden ser protagonistas de la producción de su cuidado.

Hasta aquí hemos desarrollado los principales conceptos teóricos en relación a nuestra investigación. Los mismos fueron necesarios para la lectura e interpretación de los siguientes capítulos en tanto conforman el conjunto de concepciones teórico-políticas desde las que se partió a la hora de realizar el trabajo. Dicho acervo teórico atraviesa toda la información recabada y expuesta en los diversos capítulos que lo conforman.

CAPÍTULO 1: PRÁCTICAS DE CUIDADO Y REDES DE APOYO

El presente capítulo abarca el primer y segundo objetivo que propusimos en esta investigación, los cuales se orientan a conocer cómo las mujeres-madres organizan el cuidado de sus hijxs y con qué redes de apoyo cuentan para realizar dicha tarea. Para esto, comenzaremos analizando la significación de las mujeres-madres respecto al Hospital, luego de una trayectoria institucional caracterizada por la expulsión y derivación. Luego, analizaremos las tareas de cuidado que realizan las mujeres-madres hacia sus hijxs, específicamente con respecto al tratamiento, evidenciando la desigualdad de género y la sobrecarga que implica el cuidado de un hijx con padecimiento mental, el cual resulta más demandante y desgastante. Entendiendo que el cuidado debe ser comprendido de forma situada, recuperamos las voces y significados que le otorgan al cuidado de sus hijxs. Por último, expondremos cómo las mujeres-madres se encuentran inmersas en una red, la cual le brinda diferentes apoyos y contención ante la sobrecarga de cuidados.

1.1. Trayectoria Institucional: el hospital como alivio

Este hospital no es el primero transitado por las mujeres-madres entrevistadas. Del trabajo de campo ha emergido que estas ya han debido recorrer diversos efectores de salud en búsqueda de respuestas a los padecimientos mentales de sus hijxs. En este contexto, resulta crucial el concepto de trayectoria, entendido como “una serie de posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (Bourdieu, 1977, p.82). Aquí nos enfocaremos específicamente en la trayectoria institucional de estas mujeres-madres junto a sus hijxs dentro del sistema de salud, caracterizada por la constante expulsión y derivación desde diversos hospitales generales y centros de salud hacia el hospital especializado en salud mental infanto-juvenil.

Entre los diferentes motivos de dicha peregrinación, las mujeres-madres mencionaron: la falta de turnos y el colapso en los hospitales, la falta de un tratamiento integral -ya que solamente les brindaban tratamiento psiquiátrico-, y la falta de hospitales especializados en su lugar de residencia (especialmente en los casos de las mujeres-madres migrantes), debido a la falta de convencimiento y de información brindada por los profesionales sobre el diagnóstico del niñx, por la falta de respuestas por la pandemia por COVID 19, entre otros.

En principio, estos testimonios ponen de manifiesto que, en las trayectorias institucionales, hay una problemática de accesibilidad al sistema de salud, entendiendo a este

concepto como un vínculo que se construye entre los servicios de salud y lxs sujetos, donde, tanto unxs como otrxs, tienen la posibilidad o imposibilidad de encontrarse (Comes et al, 2007). Pero también se da una ausencia de políticas públicas y respuestas institucionales acordes con lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental y en su lugar se privilegia la institucionalización como respuesta a la problemática. En este sentido, la autora Barcala (2018) explica que desde el sector salud se clasificaba a lxs niñxs con padecimiento mental como “graves”, patologizando y estigmatizando a estas infancias. Esto justifica que los servicios de salud generales expulsan a estos niñxs, incentivando la internación psiquiátrica debido a la falta de alternativas de abordajes y de respuestas institucionales adecuadas. De este modo, la autora analiza que la política de salud mental de CABA provocó acciones, saberes, poderes y tecnologías que profundizaron un proceso de cuidados centrado en el modelo médico hegemónico y en la medicalización como arietes fundamentales de la atención.

En la misma línea de lo expresado hasta aquí, realizamos relevamientos de información en los que se concluye que el Estado prioriza la asignación de recursos a instituciones de encierro en lugar de promover la transformación del sistema de salud hacia un modelo de atención comunitaria, integral y basado en una perspectiva de derechos. El Primer Informe Federal elaborado por el Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil (2021) demuestra que existen pocos servicios públicos de salud mental en relación a la demanda, y que los que están disponibles se centran en la atención de emergencias en salud mental, adoptando un enfoque de enfermedad-atención. Esta carencia de dispositivos intermedios y de instituciones que se enfoquen en la idea de salud-cuidado junto con la desigual distribución geográfica de las instituciones existentes, resulta en la deriva institucional de las mujeres-madres junto a sus hijxs. Para ejemplificar esta situación, destacamos el relato de una de las profesionales: “Hay pacientes que no deberían existir... que son los pacientes que no consiguieron lugar en sus lugares de residencia, que por guardia entran a Hospital de día” (TS Lucía)

Las mujeres-madres relatan en las entrevistas el impacto que tiene la expulsión y la falta de respuestas institucionales en sus vidas y en su salud mental. Al hospital llegan angustiadas y cansadas por la deriva institucional, por la ausencia de instituciones y profesionales que las contengan, acompañen, informen y les brinden calma frente a las incertidumbres que genera la situación de su hijx, vulnerando los derechos de lxs sujetxs y el pleno acceso a la salud, lo cual coincide con lo analizado en la investigación de Fiamberti y Seijas (2019). En este sentido, Barcala (2018) explica que la derivación al Hospital Público

especializado en salud mental infanto-juvenil de la Ciudad de Buenos Aires se fue construyendo en el modo paradigmático de exclusión de la infancia no aceptada, a través de una segregación espacial y cuya significación parece ser una existencia por fuera del espacio social propio de la niñez. A pesar de esto, las entrevistadas destacaron el alivio que experimentaron al comenzar el tratamiento en la institución, ya que encontraron una institución que les brinda contención y respuestas ante tantas incertidumbres. Por caso, Leonela expresa con claridad el antes y el después de encontrar un tratamiento para su hijx y su sentimiento de alivio:

Por lo bajo me dijeron que venga acá, porque el Hospital Elizalde estaba explotado y no era lo mejor para L... fue un alivio saber que L sí tenía algo. Después los estudios y la medicación me dolieron mucho, pero por lo menos sabía que era para algo bueno, porque antes de eso a él le agarraban hasta veinte crisis por día, no se imaginan lo que es eso parece exagerado, pero es verdad (Leonela)

En las entrevistas las mujeres-madres expresan que el hospital es una institución que las aloja, sintiendo un alivio cuando reciben un diagnóstico o lxs profesionales logran explicarles el padecimiento de sus hijxs. A su vez, luego de tantas instituciones recorridas, en el Hospital, específicamente en los servicios de hospital de día y consultorios externos, encuentran un tratamiento que no solo se centra en la farmacologización como recurso terapéutico predominante, sino que fomenta la participación de sus hijxs en diferentes terapias, talleres y salidas recreativas, pudiendo observar cambios positivos en la salud mental de ellxs. Además, indican que gracias al al trabajo que realizan las trabajadoras sociales del servicio social han tenido acceso a recursos cómo el Certificado Único de Discapacidad o una obra social (a través del monotributo social), con el fin de conseguir un tratamiento en otro hospital o centro de salud, luego del alta y próximo al lugar de residencia del niñx, garantizando lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental.

A pesar de ser un hospital especializado en salud mental y que la Ley Nacional de Salud Mental habla del cierre de los manicomios para el año 2020, ante la falta de alternativas y de dispositivos intermedios, el hospital se convierte en una institución de referencia para las mujeres-madres, que las alivia en la desesperación de no encontrar respuestas en otras instituciones. Sin embargo, remarcamos que este sentimiento de alivio hallado en las entrevistas, guarda relación con las experiencias negativas que atravesaron estas junto a sus hijxs antes de llegar al establecimiento, pero que la a atención y acompañamiento que brinda este hospital debería ser garantizado en todas las instituciones y dispositivos de salud mental.

1.2. El cuidado ¿Asunto de mujeres?

El sentimiento de alivio anteriormente señalado es acompañado por una sensación de sobrecarga, cansancio y angustia por ser las únicas responsables de acompañar y sostener dicho tratamiento. La vida cotidiana se reorganiza y reconfigura en función de los diferentes turnos, terapias y talleres a los que deben llevar a sus hijxs. Una cuestión importante para aclarar, es que el tratamiento en el Hospital de Día es dirigido a niñxs y adolescentes que atraviesan padecimientos mentales que afectan su sociabilidad y sus lazos sociales, por lo cual requiere asistir tres veces por semana, durante un periodo de tiempo de dos años, generando una mayor exigencia y disponibilidad de tiempo de las mujeres-madres. En cambio, el tratamiento que brinda el servicio de Consultorios Externos requiere menor cuantía de presencialidad, teniendo que asistir al hospital una vez por semana; asimismo la intervención es con niñxs y adolescentes con diagnósticos menos severos.

Aunque existan diferencias entre las mujeres-madres que asisten a estos dos servicios, ambas se ven obligadas a organizar las tareas domésticas, el cuidado de sus otrxs hijxs, sus trabajos remunerados, el tiempo libre y sus actividades personales en función de garantizar el cumplimiento del tratamiento, a menudo teniendo que postergar, abandonar o realizar estas actividades a pesar de la creciente carga que ello implica.

Las profesionales entrevistadas expresaron cómo se advierte la presencia de las mujeres-madres u otras figuras, como las abuelas, en el tratamiento y la ausencia de la figura paterna:

Hay algunos padres que se hicieron presente. Hay otros que realmente es porque trabaja todo el día que no vienen, pero el que pone la cara siempre es la madre. Solo hay un padre que se encarga de todo y es EL caso. Hay otros casos que no es la madre, pero sí la abuela. (TS Lucía)

De un grupo de 12 hay 1 padre y ese padre va rotando con la madre, no es que no hay presencia de la figura de la madre... Los padres no asisten porque en la mayoría de los casos no existe esa figura en la vida de los N,NyA, o es un vínculo inestable o porque se evaluó que la figura paterna no es la adecuada ya que hay antecedentes de abuso sexual, violencia, consumo, etc. (TS Valeria)

Asimismo, las mujeres-madres identificaron la soledad con la que enfrentaban el cuidado de sus hijxs ya que los padres no estaban presentes, no se encargaban de dicho cuidado como veremos a continuación: “El papá nada, no lo cuento porque no ayuda en nada, hago todo yo sola” (Fabiana).

Podemos dar cuenta que la distribución de los cuidados y el acompañamiento al tratamiento se da de una forma desigual dentro de la familia, siendo asumidos exclusivamente por las mujeres-madres. Según las autoras Gherardi, Pautassi y Zibecchi (2012), el rol de

cuidadora es asumido por las mujeres ya que se encuentra naturalizado debido a la creencia de que son las mujeres quienes tienen los saberes y habilidades necesarias para cuidar, y que estos saberes y habilidades han sido adquiridos de forma natural y no socialmente. Para el género masculino el cuidado es solo una opción; en cambio, las mujeres asumen estas tareas como un compromiso moral, natural, basado en el afecto y que es definido como responsabilidad, una tarea impuesta, un deber sancionable, no valorado ni remunerado (Rodríguez y Bertoni, 2010).

En los casos que conocimos durante las actividades de campo, donde la figura paterna se encontraba presente, esta se encargaba de trabajar fuera del hogar, asumiendo el rol de proveedor de ingresos económicos. El rol diferencial asumido por las mujeres-madres y los padres se explica en las situaciones investigadas, por la existencia de la división sexual del trabajo, el cual establece que las mujeres se encuentran relegadas al mundo privado, asumiendo la responsabilidad del trabajo doméstico y del cuidado de las personas “dependientes”, el cual es un trabajo no remunerado, mientras que los varones se encuentran en el mundo público, asumiendo el trabajo productivo y remunerado (Pombo, 2010).

Marina expresa con suma claridad esta división sexual del trabajo e incluso justifica el rol que tiene ella y su pareja: “Indicó que la pareja no le ayuda en los quehaceres de la casa y lo justifica porque ‘trabaja todo el día’; a modo de broma dice soy la esclava de la casa” (Marina). En el relato queda en evidencia cómo naturaliza los roles asumidos, valorizando más el trabajo de su pareja que el realizado por ella misma dentro de su hogar. Un trabajo que conlleva tiempo, conocimiento, recursos aprendidos, dedicación y un importante desgaste de energía. A su vez, invisibiliza la relevancia social y económica de las tareas domésticas y de cuidado, ya que contribuyen a la reproducción de la fuerza de trabajo, generan de forma indirecta plusvalía y contribuyen a la reproducción biológica, cotidiana y social (Pombo, 2010). El ejemplo da cuenta de cómo las mujeres y varones interiorizan la ideología patriarcal, a través de la socialización, asumiendo y reproduciendo los roles de género que son socialmente asignados.

Hasta aquí expusimos y analizamos resultados de la investigación, relacionados con los cuidados en general. Las autoras Rodríguez y Bertoni (2010) y Hernández Bello (2009) aportan que las mujeres son quienes en general se hacen cargo del cuidado de la salud en el ámbito doméstico. Y también son las mujeres las que aportan un invisible e invalorado rol como agentes de salud, intermediando entre las personas cuidadas y el sistema salud, soportando los efectos del déficit de servicios; en este caso, de la falta de dispositivos de cuidado de la salud mental infantil.

El sistema de salud concibe a las mujeres como recursos para extender la cobertura, aumentar la eficacia, reducir costos -ya que cuentan con mano de obra gratuita- y con ello se trasladan a los hogares responsabilidades, costos y funciones que anteriormente eran asumidas por el Estado. Este rol que se le asigna a las mujeres desde el sector salud, se puede verificar en la vida cotidiana de las mujeres-madres, las cuales se hacen cargo de acompañar a lxs hijxs al hospital, de gestionar y organizar turnos médicos, controlar y administrar medicación, a la vez que adquieren herramientas y recursos para manejar las crisis de sus hijxs, y se involucran para contribuir positivamente en el tratamiento.

Para comprender la realidad de las entrevistadas, es importante considerar que la distribución de los cuidados está influenciada tanto por desigualdades de género como por desigualdades sociales. Su pertenencia a clases sociales populares se justifica por diversos factores que influyen en su situación socioeconómica y posición social.

Nombraremos cuatro aspectos relevantes para justificar esta pertenencia. El primero son las condiciones laborales. Parte de ellas están desempleadas, mientras que aquellas que trabajan fuera de casa ocupan empleos precarios y mal remunerados, lo que contribuye a una situación económica desfavorable. El segundo aspecto es la vivienda, ya que la mayoría de las mujeres-madres residen en áreas urbanas marginadas o en viviendas precarias, algunas compartiendo espacios con varixs familiares, lo cual genera condiciones de hacinamiento y dificultades adicionales. El tercero es el acceso limitado a servicios de salud. Muchas de ellas acuden al hospital porque en sus zonas de residencia no cuentan con los dispositivos necesarios para sus hijxs y/o tienen dificultades para obtener turnos médicos debido a la escasez de estos en salas y hospitales cercanos. Finalmente, el cuarto aspecto destacado son las redes de apoyo social, ya que lxs entrevistadx dependen en gran medida de redes informales de apoyo, como familiares, amigxs y vecinx, ante la falta de recursos y servicios estatales.

Como expresan las autoras Krmpotic y De Ieso (2010) son las mujeres con menor nivel educativo, sin empleo y con condiciones sociales subalternas las que en general se encargan del cuidado. En este sentido, las mujeres-madres entrevistadas expresaron dificultades para sostener económicamente a sus familias y satisfacer las necesidades básicas ya que, como anticipamos, se encuentran desempleadas o, en el mejor de los casos, con trabajos informales y precarios. Así, a la preocupación de cumplir con las tareas domésticas y de cuidado se le suma la preocupación por la supervivencia.

En consonancia con lo planteado, el informe “Perfil regional de igualdad de género para América Latina y el Caribe” de las Naciones Unidas (2024), indica que “el trabajo de

cuidados no remunerado moldea también el empleo de las mujeres, que suelen optar por jornadas de trabajo más cortas o por interrumpir sus trayectorias laborales para asumir el trabajo de cuidados” (p.35). Esta realidad no solo ocasiona un impacto económico en el presente, si no en el futuro de estas mujeres ya que, al no realizar aportes, se limita su posibilidad de acceder a algunas prestaciones, o se ve comprometida la suficiencia de dichas prestaciones.

En relación a la cuestión laboral, dos de las mujeres-madres comentaron que se encontraban desempleadas y, consultadas por los motivos, manifestaron que se debía a la dificultad de conciliar las tareas de cuidado y el cumplimiento del tratamiento de sus hijxs. Los trabajos no tienen flexibilidad en los horarios y tampoco tienen en cuenta los imprevistos que pueden surgir en las tareas de cuidado, especialmente, de hijxs con padecimiento mental. En este aspecto encontramos una diferencia con la investigación de Fiamberti y Seijas (2019) ya que la mayoría de las entrevistadas habían abandonado sus trabajos remunerados a raíz del tratamiento de sus hijxs. Una posible explicación es que, en nuestra investigación, las mujeres-madres, se encuentran sin la presencia de lxs progenitores de sus hijxs o familiares que la ayuden económicamente, teniendo que hacerse cargo del sostén económico del hogar. Ahora bien, entre quienes comentaron que sí contaban con trabajo, estos fueron caracterizados como informales o independientes, en tanto estas modalidades sí permiten acomodar sus horarios laborales a las exigencias del tratamiento y los cuidados. En este sentido, retomamos el siguiente comentario: “G comenta que trabaja todos los días como empleada doméstica aproximadamente 4 o 6 horas, menos los días que tiene que asistir al hospital” (Gladys).

Cabe destacar que las mujeres-madres que refirieron tener un trabajo remunerado, no delegaron las tareas domésticas y de cuidado de sus hijxs, por el contrario, sostenían la doble jornada laboral. Esto se puede observar en lo relatado por Gladys quien continúa acompañando a su hijx al tratamiento. La situación narrada por ella ilustra lo que la autora Perez Orozco (2006) denomina crisis de cuidado, la cual implica una doble presencia de las mujeres: en los hogares con su trabajo no remunerado y en el trabajo remunerado. Los roles de las mujeres cambiaron con la incorporación al mercado de trabajo, pero no se acompañaron con una modificación de los roles masculinos ni de una redistribución real de las tareas de cuidado. La autora habla de una triple ausencia ya que, a la ausencia masculina, se le suma la del mercado y la del Estado en la redistribución de la responsabilidad de los cuidados, recayendo nuevamente en las mujeres. Es así como la lógica del mercado y la de cuidados se solapan en la experiencia cotidiana de las mujeres, las cuales experimentan en sus cuerpos las exigencias de cumplir con ambas responsabilidades, teniendo que desarrollar estrategias en

términos de gestión de tiempos, espacios y recursos para poder compatibilizar sus empleos con su trabajo no remunerado. La doble jornada y presencia ocasiona una notoria sobrecarga en las mujeres-madres, acompañado de desgaste físico, costos emocionales, problemas de salud, cansancio y falta de tiempo para ellas mismas.

1.3. Los sentidos del cuidado

Las prácticas de cuidado que brindan estas mujeres-madres a sus hijxs deben ser comprendidas de forma situada, sin olvidar la realidad y el contexto que las atraviesa. Para una comprensión situada del cuidado, la autora De Ieso (2018) propone reconocer acciones asociadas al cuidado que realizan lxs sujetos, identificar los significados que le otorgan, y las tensiones que se presentan en el cuidar, como así también tener en cuenta la dimensión temporal y espacial donde se dan esos cuidados.

Situándonos desde esta perspectiva analítica, empezaremos reconociendo las acciones/prácticas de cuidado que las mujeres-madres mencionaron, las cuales De Ieso propone analizarlas desde su vinculación con la presencia, las que son centradas en lo material y las que giran en torno a la transmisión de saberes, experiencias, valores y reglas. Identificamos que las mujeres-madres expresaron acciones de cuidado que se vinculan con la presencia por ejemplo en frases como: “Siempre estoy para ellos, no soy de faltar al tratamiento de mis hijos” (Fabiana), “acompañarlo en lo que él hace” (Gladys), “averiguar para cuidarlo bien” “hago mil malabares para llevarlo a L y a su hermano al colegio” (Leonela).

Por otro lado, en los encuentros, las entrevistadas relacionaban el cuidado con acciones materiales entre las cuales mencionan hacerle el desayuno, darle la medicación, salir a la plaza, llevarlos a actividades deportivas y/o artísticas, o también surgieron frases como: “lo poco que tengo, lo reparto entre mis hijos” (Fabiana), “cuando tenían actos les hacía el mejor traje, les hacía la mejor comida para que se lleven” (Leonela). A su vez, también se identificaron acciones relacionada a la transmisión y formación de sus hijxs a través de expresiones como “es apoyarlo, pero también ponerle límites” (Gladys), “intenta doblar la ropa y yo le digo que está bien para no bajar su autoestima...siempre trato que poco a poco aprenda” (Mamá Guerrero).

A su vez, estas prácticas de cuidado mencionadas son significadas por las mujeres-madres, teniendo una influencia el padecimiento de sus hijxs. En las entrevistas,

pudieron identificar la diferencia de cuidados que brindan a sus hijxs con y sin padecimiento mental:

Los quiero a los tres por igual, pero él necesita más atención. Dejo completamente a los otros dos para el tratamiento de L. Si algo del hermano se cruza con el horario del hospital o algún turno le pido a mi mamá que lo vaya a buscar porque yo estoy con L. (Leonela)

También lxs profesionales mencionaron la mayor demanda, exigencia y dificultades que atraviesan las mujeres-madres y la invisibilización que gira en torno al cuidado de un niñx con padecimiento de salud mental:

Madres que no cuidan a infancias sin padecimientos, es distinto, sin desmerecer. Porque son las dificultades del día a día, más cuidados súper complejos de medicaciones, internaciones, se le suma de que el proceso no es lineal. Es horrible, pero es una carga más tener un pibe con un padecimiento. (TS Lucía)

No es lo mismo el cuidado de un hijx que tiene una sonda y un hijx que tiene un padecimiento mental que no se ve, que es invisibilizado (TS Maite).

La diferencia entre el cuidado de un hijx con y sin padecimiento mental no solo consiste en llevar adelante un tratamiento, brindar medicación, gestionar turnos médicos y el derrotero institucional. A esto se le suma que, por el propio padecimiento del niñx, muchas de las actividades cotidianas se dificultan, como por ejemplo subirse a un transporte público, salidas a la plaza, encuentros familiares, comer determinadas comidas, etc. Así mismo, las mujeres-madres deben estar pendientes para evitar las crisis, que muchas veces implican ataques de violencia hacia las madres o a ellxs mismxs, lo cual conlleva tener que estar en alerta constante y con cuidados particulares a sus hijxs. Para dar cuenta de estas situaciones, destacamos los testimonios de Fabiana y Marina: “Empezó a relatar unas vacaciones familiares en Mar del Plata, la cual ha sido para ella una mala experiencia ya que I tuvo una crisis y se quería tirar del sexto piso del hotel en donde estaban” (Fabiana) y “G cuando a va a lugares nuevos es muy difícil, se pone muy mal y empieza a gritar y se pone duro o empieza pegar y así” (Marina). Por este motivo, el cuidado de las mujeres-madres hacia sus hijxs se construye desde una dependencia, ocasionando acciones muchas veces de control y sobreprotección: “Lo más difícil es no estar presente, no puedo estar mucho tiempo sin escucharlo, sin escuchar qué hace, cómo ahora no lo estoy escuchando” (Marina).

En las palabras de Marina se evidencia cómo existe una necesidad de las mujeres-madres de saber constantemente qué es lo que hacen sus hijxs, y si se encuentran bien, dependencia que es mutua y que en las entrevistas ocasionó varias situaciones de interrupciones. Dicha necesidad tiene como consecuencias que las mujeres-madres se

consideren las más aptas para el cuidado, no pudiendo delegar esa tarea: “F me dice: vos tenés miedo de que yo le vaya a hacer algo” pero ella insiste que no es por miedo a F, sino que es ella es quien sabe manejar a H, quien sabe calmarlo” (Marina).

En relación a esta dependencia y la dificultad para delegar, coincidimos con el autor Izquierdo (2003) en que la realización de la cuidadora tiene lugar en el cuidado por lo cual puede descubrir y crear dependencias donde no las hay, impidiendo que el otrx sea autosuficiente ya que significa encontrarse desrealizada. Es así como el cuidado se configura desde el control-protección, evitando delegar la responsabilidad y encontrando cierta satisfacción en su tarea de cuidado. Pero no podemos olvidar que esto se presenta acompañado de incertidumbre y en el deseo de independencia en un futuro como podemos ver en el siguiente relato: “¿Qué pasará cuando yo me muera? Si el día de mañana no estoy, tengo que dejarles algo, que se queden con la pensión, que puedan manejarse” (Fabiana)

Podemos observar cómo los sentidos otorgados al cuidado no se encuentran libres de contradicciones y tensiones. Por un lado, como dijimos, está presente la idea de control y que los cuidados no se pueden delegar a otras personas, porque ellas son las más capaces, experimentando estas tareas con cierta satisfacción. Pero, por otro lado, no dejan de expresar su agotamiento por lo demandante del cuidado de un hijx con padecimiento mental ya que requieren de una dedicación de tiempo completo, relegando su propio cuidado.

1.4. Redes de apoyo

Según las autoras Pozo Cabanillas, Sarriá Sánchez y Méndez Zeballos (2006), lxs familiares que tienen más apoyos vivencian menos estrés. Es por eso que, si bien mencionamos la dificultad de las entrevistadas para delegar actividades, pretendemos identificar las estrategias de sostenimiento que tienen en sus redes de apoyo para sobrellevar la sobrecarga en los cuidados y la soledad en las que se encuentran inmersas. En este sentido, Sluzki (1996) nos propone analizar las redes observando qué tipo de apoyo brindan, diferenciando entre apoyo emocional, material y económico.

Con respecto al apoyo emocional, el cual implica poder compartir sentimientos y sentirse escuchadx/comprendidx, las mujeres-madres identificaron principalmente hermanas, madres, suegras y amigas, con las cuales pueden conversar y compartir su situación. Pero no podemos dejar de mencionar cómo en las entrevistas se mencionaron de forma reiterada las redes que tejen entres las mujeres-madres que asisten al hospital, las cuales se van generando en los pasillos, en la sala de espera y en la participación del Grupo de Padres. En la mayoría

de las entrevistas relataron cómo estas redes se fueron construyendo por su cuenta, a través de identificarse con una historia similar, brindando contención emocional, circulación de experiencias e información, y dando una sensación de integración:

A mí me ayuda bastante, no nos juntamos con las mamás de acá por mi trabajo, pero ya me voy a acomodar. De hecho, una vez me invitaron a una pileta y fui. La mayoría somos mamás solas, pero, aunque se complique intentamos (...) pero ella escucha mucho lo que van diciendo algunas de ellas, me hace no sentir rara. (Mamá Guerrero)

El otro día una madre manifestó en la consulta que otra madre le había recomendado que vaya a la psicóloga, y M opina que no es lo mismo que esto se lo diga una profesional que una madre que tiene la misma exigencia y cansancio (TS Maite)

La conformación de relaciones entre las mujeres-madres que asisten al hospital es análoga a los hallazgos que se expusieron en la investigación de Fiamberti y Seijas (2019), lo cual da cuenta de cómo los procesos de biomedicalización posibilitan la creación de nuevos vínculos. Esto se diferencia notablemente de los resultados presentados en la investigación de Bianchi y Rodríguez Jurado (2019), donde las entrevistadas no mencionaron compartir espacios con otras personas que estén atravesando la misma situación y solo realizaron alusión a vínculos con profesionales de la salud o de la educación.

Asimismo, el apoyo material, el cual se basa en la colaboración en actividades del hogar o del cuidado, lo asociaban a mujeres que pertenecían a su familia. Eran las hermanas, madres, suegras, hijas, etc. las que ayudaban en tareas domésticas y a quienes las mujeres-madres les confiaban el cuidado de sus hijxs si tenían que realizar otras actividades o trabajar. Un ejemplo de esto se da en el siguiente relato: “R es la hija de F. Ella es quien cuida a H si yo no puedo, confío más en R que en el propio F” (Marina)

Lo dicho hasta aquí, nos conduce a reflexionar sobre la feminización de las redes de cuidado, especialmente las que brindan cuidado a sus hijxs y cuidado emocional a estas mujeres-madres. La autora Pérez Orozco (2006) cuestiona cómo, a raíz de la crisis de los cuidados -donde las mujeres tienen que conciliar trabajo remunerado y no remunerado-, el cuidado se transfiere de unas mujeres a otras. Es así cómo no solo podemos advertir la ausencia de los padres en el cuidado de lxs hijxs si no también la nula presencia de figuras masculinas en las redes de apoyo, en donde sí se los pudo observar, es en los apoyos económicos, reproduciendo el rol social y cultural del proveedor.

En relación a los apoyos económicos, no podemos excluir del análisis los programas de transferencia económica que brinda el Estado, como por ejemplo la Asignación Universal

por Hijo, la Tarjeta Alimentar, las Pensiones por Discapacidad, el Programa Acompañar, etc. Estos forman una gran parte de los ingresos económicos de estas mujeres-madres y contribuyen a sostener el cuidado y el tratamiento de sus hijxs. En esta cuestión, nos parece fundamental destacar que, si bien el Estado se encuentra presente en el apoyo económico, continúa vigente un régimen familiarista, el cual implica que la responsabilidad del cuidado y el bienestar recae sobre las familias y, dentro de ellas y principalmente, en las mujeres (Ceminari y Stolkiner 2018). En este sentido, consideramos importante el concepto planteado por la autora Faur (2009) de organización social del cuidado, el cual pone en el centro del debate la necesidad de redistribuir el cuidado, entendiéndolo como una responsabilidad compartida no solo entre hombres y mujeres sino también entre las familias y el Estado.

En el actual contexto, donde existe una reducción del gasto público, un corrimiento del Estado como regulador y una suspensión de programas sociales, incluir el debate de la importancia del Estado como responsable de los cuidados se vuelve urgente. Según el Informe de La Cocina de los Cuidados realizado por CELS (2024), el gobierno de Javier Milei desarmó 21 políticas de cuidado de alcance nacional. De un total de 43 políticas y programas, 15 están en estado de alerta y 7 se encuentran vigentes según los recabados en abril 2024. Además, las políticas de aplicación de la infraestructura física de cuidado se encuentran paralizadas y las prestaciones asociadas al cuidado perdieron poder adquisitivo, ocasionando en las mujeres-madres una mayor sobrecarga y más obstáculos para sostenerlos. Por este motivo, esta investigación apunta a dar cuenta la importancia de que cuidado de lxs niñxs con padecimiento de salud mental sea provisto por el Estado, facilitando servicios de cuidado que permitan una redistribución de los cuidados que brindan las mujeres-madres a tiempo completo hacia la esfera pública. No solo se necesitan mayores servicios e instituciones para el cuidado de lxs niñxs con padecimiento mental sino espacios que contengan a sus principales cuidadoras.

Por todo lo dicho en torno a los hallazgos de redes de apoyo, podemos indicar de este apartado que si bien ninguna de las entrevistadas confirmó que las redes de apoyo que tengan alivian su estrés sí expresaron tener menores dificultades para llevar a cabo las tareas de cuidado.

1.5. Lo comunitario como emergente del análisis

A partir de nuestro análisis de las redes de apoyo, destacamos el rol de lo comunitario como una cuestión emergente. Esta presencia fue mencionada por una de las profesionales y

por una de las mujeres-madres entrevistadas, quien destacó la importancia que tiene en su vida el merendero donde asiste:

Muchas madres están solas y sin redes, pero otras madres llegan más “armadas” (...) identifica (...) más presencia de lo comunitario, instituciones u organizaciones que acompañan y alojan a estas mujeres (...) como comedores, merenderos, etc. Recuerda el caso de una madre que vino acompañada de una organización feminista para que pueda expresar la situación de violencia de género que estaba atravesando (TS Valeria)

El merendero de su barrio es un lugar muy importante para ella ya que en este lugar se pudo descubrir el abuso de su hija. Además, es gracias al merendero que actualmente tiene un trabajo de limpieza en una casa particular. Indica que su “patrona” es conocida del merendero y le brindó la posibilidad de trabajar con ella con horarios flexibles y ajustados al tratamiento de L. (Leonela)

Estos fragmentos nos permiten realizar dos análisis con respecto a la presencia de lo comunitario en la vida de estas mujeres-madres. Por un lado, las mujeres-madres participan de estas organizaciones comunitarias, realizando tareas voluntarias que se relacionan con los roles socialmente asignados a las mujeres como cocinar, ayudar, cuidar, etc. Como explica la autora Díaz Lozano (2020) esto implica una triple presencia o jornada laboral ya que, a las tareas domésticas dentro del hogar y los trabajos remunerados, se le suma el trabajo comunitario, el cual no es remunerado y produce mayores responsabilidades y sobrecarga sobre estas mujeres-madres. Pero, a pesar de esto, la autora nos invita a poder pensar la participación de las mujeres-madres como un hecho subversivo ya que, en lo comunitario, desafían la propuesta hegemónica de encerrarse en lo doméstico, con el aislamiento que ello implica.

En relación a esto, aparece lo comunitario como un apoyo que contiene, escucha, y permite una mayor integración social de estas mujeres-madres. A su vez, ayuda a que estas desnaturalicen violencias y ofreciendo acompañamiento para enfrentarlas. Frente a una sociedad individualista que coloca el cuidado sobre los hombros de las mujeres-madres, es importante destacar el lugar de lo comunitario en el cuidado de las personas. Coincidimos con Bujan y Vega (2021) en que, no solo es importante darle un mayor rol al Estado en la provisión de cuidados, si no también es fundamental darle valor a la comunidad. Pero nos advierte que esta valorización no debe implicar una desresponsabilización estatal ni tampoco masculina en el seno de las familias.

Además, observamos que continúa la ausencia de organización colectiva entre las mujeres-madres, que comparten una misma experiencia, en pos de mejorar, o garantizar los

tratamientos o para intentar colocar en agenda pública lo que implica el cuidado de un hijxs con padecimiento mental y luchar por políticas públicas que mejoren su situación, lo cual coincide con los resultados de la investigación de Bianchi y Rodríguez Jurado (2019).

Lo dicho hasta aquí abre un interrogante ¿Las redes de apoyo mencionadas por las entrevistadas son suficientes para no sentirse solas frente al cuidado de sus hijxs? Por lo dicho, a pesar de identificar apoyos, describieron el cuidado como una tarea solitaria y agobiante. Por esto, es importante continuar poniendo en agenda que se debe “maternizar la sociedad y desmaternizar a las mujeres” (Lagarde, 2003, p.5), entendiendo que el cuidado es una necesidad social por ser sujetxs interdependientes y que todas las personas tenemos derecho a ser cuidadas.

CAPÍTULO 2: SENTIDOS DEL ROL MATERNO

En este capítulo se enfoca en el tercer y cuarto objetivo específico planteado en la investigación, que hacen referencia a indagar los sentidos y aprendizajes que guían la construcción del rol materno de las mujeres-madres, a través de sus relatos e indagar la posible incidencia del hospital en la formación de sentidos y subjetividades de las mujeres-madres, a través de los relatos de los profesionales del Servicio Social. Para ello, en una primera instancia, realizamos un análisis sobre la influencia de sus referentes maternas en las mujeres-madres entrevistadas. Luego trabajamos acerca de las tres tensiones identificadas entre el rol materno y el mundo externo que complementa este rol, en dicho análisis ahondamos en la incidencia institucional sobre las mujeres-madres. Y, por último, presentamos el rol activo encarnado por ellas en torno a la visibilización del padecimiento mental de sus hijxs.

2.1. La influencia de sus referentes maternas

Para comenzar este apartado, tomamos el relato de una de las profesionales del servicio social que indica lo siguiente: “La mayoría de acompañantes son mujeres-madres o abuelas (...) esto se da así porque en gran parte de la sociedad la mujer queda predestinada al cuidado de los integrantes del hogar, especialmente en las clases populares” (TS Lucía)

Dicho fragmento, nos invita a trabajar con los aportes de Marcús (2006) la cual indica que la maternidad adquiere un significado influenciado por las condiciones materiales y culturales. Por lo que, en donde coexisten la precariedad material y las limitadas oportunidades laborales, la misma puede convertirse en un elemento central en la afirmación y realización personal de las mujeres. Además, la escasez de opciones de desarrollo profesional y educativo, junto con los mandatos culturales que enaltecen la maternidad, lleva a que muchas mujeres vean en el ser madre una vía válida o legítima para alcanzar cierta plenitud y reconocimiento en su entorno social (Marcús, 2006).

Sin embargo, es importante reconocer que estas percepciones y prácticas no emergen sin contexto, sino que están moldeadas por estructuras de poder y desigualdad de género arraigadas en la sociedad. La limitada autonomía y las restricciones impuestas a las mujeres de clases populares favorecen a la asunción de roles y responsabilidades que refuerzan la subordinación de género.

Teniendo en cuenta esta construcción de la maternidad y a partir de la recolección de datos sustentada en un diseño de investigación flexible, identificamos una temática emergente recurrente, aunque no fuera preguntada explícitamente, que merece analizarse. Explorando sobre el rol materno de las protagonistas, las narrativas estuvieron imbuidas de la presencia significativa de sus propias figuras maternas. Muchas de ellas no han tenido relación con sus padres (o no los han mencionado) y marcan una gran presencia de sus madres, no solo en sus crianzas sino también en los cuidados de sus nietxs, como apreciamos en los siguientes relatos:

La entrevistada llora por lo de su mamá y se siente rara por su pérdida (...) le gusta enseñarle a su hija cómo dibujar. Refiere que su madre le enseñó y ahora es ella quien “le da esas pinzas” a S (...) le transmite esos conocimientos. (Laura)

Hizo un silencio y se le llenaron los ojos de lágrimas. Explica que extraña mucho a su mamá, la cual falleció hace 20 años (...) su madre era un gran apoyo para ella. (...) muchas veces le ha dicho a I y a B “la que siempre estuvo fue la abuela” ya que ellxs no la conocieron, pero que sus hijxs más grandes sí, y han estado igual de tristes. (Fabiana)

Aunque estos relatos, que se centran en las experiencias y relaciones con sus madres, emergen en la conversación “de manera inesperada”, puede explicarse entendiendo el traspaso generacional en torno a “una forma de ser madre” y nos lleva a la pregunta sobre si esto influye en “los sentidos” sobre los que indagamos en nuestro objetivo. Sobre esta cuestión Chodorow (1984) plantea que las mujeres-madres producen hijas con capacidad de ejercer la maternidad, por lo cual aportan a la reproducción del sistema patriarcal, ya que es la madre quien transmite a sus hijas los valores dominantes, entrenándolas para el cuidado infantil. Según la autora, la reproducción del ejercicio de la maternidad es la base de la reproducción de la situación de las mujeres y de su responsabilidad en la esfera doméstica. Las mujeres, en su rol doméstico, se reconstituyen a sí mismas en tanto madres, en la generación siguiente. De este modo, contribuyen a la continuación de sus propios roles sociales y a la posición que ocupan en la jerarquía de los sexos. En torno a esta reflexión, profundizamos en que “lo adquirido se declara innato” (Badinter, 1981, p.281) y que la perpetuación de sobrecarga de cuidados es poco problematizada, más bien, es aprendida y practicada como reproducimos en el fragmento a continuación:

Ella aprendió a ser mamá por su propia madre (...) añade sobre la crianza de su hijo una opinión: “a tu hijo lo podés criar hasta los 8 años, y si chueco quedó, chueco se quedará” (...) Desde niño uno ya empieza a trabajar en Bolivia, a mí me enseñaron así (...) trabajar en tu casa y en los modales. Si no saludas allá te dicen “te sales para afuera o la llama escupes”, te van educando. Yo digo de baldear, barrer la casa, eso también es trabajar y eso le enseño a SH. (Mamá Guerrera)

Este relato destaca la influencia generacional en la experiencia de la maternidad y la crianza, donde se evidencia cómo la figura materna anterior ha moldeado sus percepciones y prácticas. La cita sobre criar a un hijx hasta los 8 años y aceptar las consecuencias refleja una perspectiva arraigada en las tradiciones culturales y las experiencias pasadas. Además, se resalta la importancia del trabajo desde una edad temprana y la transmisión de valores como el respeto y la responsabilidad a través de las enseñanzas recibidas en el hogar. La intersección entre la maternidad, la cultura y las expectativas sociales, tienden a tener implicancia en la forma en que abordan los desafíos y las presiones de la crianza y la construcción del rol materno. A su vez, nos permite identificar una caracterización de la maternidad como una fuente de poder (Marcús, 2006), ya que posiciona a las mujeres-madres frente a la comunidad y les permite ejercer un control sobre los hijxs que reproduce y reafirma el lugar de “madre” como dadora de identidad. Sobre esta reflexión recuperamos dos relatos: “Es mía, es hermosa, es pasar un montón de cosas, lo bueno y lo malo, las salidas y los caprichos” (Laura) “Y bueno como mi mamá (biológica) no me cuidó [percibe como su mamá a otra mujer] quise cuidar a los míos como en una bola de cristal” (Leonela)

Estas reflexiones proporcionan una visión íntima de las emociones y de los motivos que impulsan a las mujeres-madres en su papel de madres, pero además de permitirnos visualizar el ejercicio de control sobre lxs hijxs (atravesando lo bueno, lo malo, los cuidados, etc), también nos permite comprender a la construcción de maternidad como la posibilidad de un proyecto propio, ya que “les asignan a sus hijos un valor afectivo y ‘reparador’, pues de ellos esperan recibir ‘amor y compañía’, así como darles lo que a ellas les faltó de niñas” (Pantelides et al. en Marcús, 2006, p. 106).

Ahora bien, que las mujeres realicen su propia construcción del rol materno alimentándose de los esquemas de sus madres, y que a su vez reproduzcan lo mismo con sus hijxs es un acontecimiento que sucede en una gran mayoría de mujeres alrededor del mundo y no es privativo de los sectores populares, entonces, ¿Qué trae de interesante en este trabajo indagar acerca de los sentidos y aprendizajes? Quizás algo de lo más valioso se encuentre en la reconfiguración de estos roles ante la situación de padecimiento mental de sus hijxs. Fiamberti y Seijas (2019) en su investigación advierten que la aparición de un diagnóstico de salud mental “será vivido por las madres como un elemento profundamente disruptivo en todos los ámbitos de la vida cotidiana, lo que se pierde es la ‘normalidad’ esperada por la sociedad para una familia tipo” (p. 13).

Para profundizar sobre esto, tomamos los aportes de Alonso Berdún quien, citando a Kuhn, JC y Carter (2006) indica que el recibimiento del diagnóstico y el requerimiento de cuidados en lxs niñxs con padecimiento mental, es considerado por una gran cantidad de padres como el acontecimiento más estresante de su vida. Y fundamenta que ello se debe principalmente a lo difícil que resulta comprender lo que está experimentando su hijx, la dependencia mutua que se establece entre ellxs, el constante nivel de atención que requiere lx niñx, y las limitaciones en oportunidades de vida y relaciones que esto conlleva. En el caso de las mujeres-madres entrevistadas, la búsqueda de herramientas para sobrellevar este mundo nuevo que implican los cuidados específicos, se irá desarrollando a lo largo de su trayecto en el hospital que muchas veces es el que permite los primeros pasos en este camino. Nos proponemos analizar en el siguiente apartado las tensiones y contradicciones que habitan en este escenario de cuidados en relación a las subjetividades.

2.2. Rol materno: las contradicciones entre el mundo interno y externo

Históricamente, el rol materno ha estado rodeado de imposiciones sociales transmitidas de generación en generación. El “rol” es un concepto abstracto que adquiere sentido en la práctica en una red de interacción, ligado a expectativas. No es una noción aislada, sino que está en reciprocidad, en complementariedad con otro rol. Es una función social interdependiente. Permiten relacionarse con el entorno social, ya que, desde el posicionamiento subjetivo que cada persona asuma se relaciona con un otro, y así, con el mundo externo. Es un concepto bisagra, articulador entre la sociedad y el individuo, entre la cultura y la personalidad. En definitiva, el rol se presenta como un concepto articulador que une los dos polos de esos dos niveles: el mundo externo y el mundo interno (Fumagalli, 1987). Tomando los aportes del autor, consideramos que ese “mundo externo” que se presenta como parte fundamental para entender al rol, está colmado por complejidades en torno al conjunto de asignaciones simbólicas con las que las mujeres deben enfrentarse individual y colectivamente.

En relación a esta complejidad, identificamos tres tensiones. La primera tensión pertenece a la relación vincular madre-hijx, la cual está profundamente influenciada por la discrepancia entre las expectativas iniciales y la realidad del proceso de crianza. Muchas de las mujeres-madres comienzan su experiencia de maternidad con un imaginario idealizado acerca de cómo sería criar a un hijx, basado en normas culturales y sociales que plantean que la misma comienza antes de la concepción, es decir, en el deseo, y continúa más allá del parto,

en la lactancia y la crianza. Dichas normas crean "un cuerpo de saberes, prácticas y políticas alrededor de este vínculo entre mujer y niño: el binomio madre-hijo" (Nari, en Yañez 2013, p.13). Sin embargo, cuando se enfrentan a la realidad de criar a unx hijx con padecimiento mental, se produce una ruptura entre estas expectativas y la situación real, lo que genera tensiones significativas en la relación madre-hijx, cómo podremos apreciar en el siguiente relato:

Es otra cosa que cuidar a un hijo normal. Al principio una tiene otros pensamientos, piensas que lo vas a llevar a la canchita de fútbol, entre otras cosas. Pero con SH es diferente...pero te acostumbras. A veces te frustra, pero vos también vas cambiando (Mamá Guerrero)

En frases como “es otra cosa que cuidar a un hijo normal” se resalta cómo las expectativas iniciales sobre el proceso de crianza se ven confrontadas por la realidad de enfrentarse a las necesidades específicas y los desafíos que implica cuidar a unx hijx con padecimiento mental. Además, gracias a los aportes de Fiamberti y Seijas (2019) quienes plantean que “el proceso de separación de las esferas pública y privada también ha sido analizado como una de las facetas de la división entre normal y anormal, y se ha indicado como parte de un proceso más amplio de separación, que es propio del liberalismo” (Fiamberti y Seijas, 2019, p. 20) se advierte la distinción de “hijx normal” e “hijx no-normal”. Sobre esta cuestión, Ortega, Salguero y Garrido (2007) indican que cuando lxs niñxs nacen con características diferentes a las establecidas rompen drásticamente con toda expectativa de lxs progenitorxs, lo cual hace que muchas veces estxs no estén preparados para manejar la realidad, enfrentándose a cuestiones emocionales y psicológicas severas. Ante este escenario "es posible que exista un rechazo por parte de los padres por la construcción social del hijo “normal” sin enfermedades, un buen desarrollo cognitivo" (Serrano y Villa, 2017, p. 55). Este tipo de rechazo, puede materializarse de maneras violentas como veremos en el siguiente fragmento:

Los problemas con él (su ex- marido y padre de L) iniciaron profundamente porque él no aceptaba a L- "El papá iba a cachetazo limpio con él, porque decía que era un berrinche lo que mi hijo tenía, que él lo iba a acomodar de un golpe. (Leonela)

Este fragmento, por un lado, proporciona una perspectiva adicional sobre cómo la presencia de unx hijx con padecimiento mental impacta en las dinámicas familiares y subraya la complejidad de las mismas cuando están atravesadas por la violencia de género y el adultocentrismo. De hecho, Ordóñez Fernández y González Sánchez (2012) exponen que, en las sociedades patriarcales, los dos ejes principales de desequilibrio de poder al interior de las

familias se dan por el género y por la edad. Pero, por otro lado, el fragmento nos invita a reflexionar acerca de la ausencia paterna de la mayoría de los padres biológicos de lxs niñxs implicadxs en la investigación. Sobre este planteo, la autora Pignataro (2022) indica que “la figura del varón como padre ‘ausente’ y la mujer como cuidadora se retroalimentan (...) aparece la idea de que las mujeres “solas” lo pueden todo, no necesitan la figura paterna para criar y cuidar de sus hijes” (Pignataro, 2022, p.114). Estas situaciones críticas de crisis ante la situación de sus hijxs y el rechazo/ausencia de las figuras paternas, han de llevar a las mujeres-madres por un camino solitario, en el cual se deberán enfrentar con cambios cotidianos debido a las necesidades y demandas de sus hijxs, pero con una fortaleza propia de la figura maternal, como se expresa en el siguiente relato:

Yo ni siquiera sabía lo que era el autismo. Vi una película nomás...pero bueno fui aprendiendo y preguntando mucho. También llegar acá me hizo aprender mucho, que Buenos es inmenso y manejarse acá con H me hizo sentir muy fuerte (Marina)

Hasta aquí, por todo lo dicho y analizado, se puede confirmar que en la totalidad de los relatos de las entrevistadas opera el mito de la mujer-madre (Fernández 1993). El “mundo externo”, que planteaba Fumagalli, espera que sean ellas quienes sepan mejor que nadie lo que necesita su hijx; que tengan un indiscutido amor incondicional y dedicación completa hacia su familia. Y lo más problemático, y lo que aquí nos interesa, es que el mecanismo de totalización que plantea el mito, dificulta que estas mujeres puedan separar sus sensaciones ante el cuidado de sus hijxs (cansancio, agotamiento, frustración, ansiedad, etc.) sin remarcar (al principio o al final) el cariño y la entrega total hacia ellxs, más allá de que el rol que ejercen no haya sido como lo imaginaron. En este sentido, reforzando esta primera tensión, traemos al análisis a las mujeres-madres entrevistadas que además tienen hijxs sin padecimiento mental, ya que estas han marcado algunas cuestiones entre ambas crianzas que merecen ser analizadas:

Relata que hubo diferencias entre el cuidado de I y B, y el resto de sus hijos ya que los más grandes sufrieron un montón porque el papá llegaba “borracho, falopeado” y les pegaba a ellos y a Fabiana. Comenta “a veces me pongo a pensar por qué I y B tienen esos problemas si no vivieron todo esto y los tres más grandes si lo sufrieron. (Fabiana)

En el relato de Fabiana, surge de manera clara una distinción entre las experiencias de crianza de sus hijxs I y B (quienes tienen padecimiento mental) y sus hijxs anteriores, lxs cuales han atravesado una infancia y adolescencia marcadas por la violencia ejercida por su padre. La entrevistada no busca victimizar a sus hijxs con padecimiento mental, sino más bien

resaltar las dificultades enfrentadas por sus hijxs más grandes. Esta distinción nos lleva a reflexionar sobre la representación del padecimiento mental que tiene, y nos deja la pregunta sobre si percibe al mismo necesariamente como consecuencia de situaciones negativas.

Asimismo, en el relato se observa que, a través del “por qué” del padecimiento mental de dos de sus hijxs, busca indagar las causas subyacentes que den explicación a su realidad. Además, por la violencia e ira propias del padecimiento mental de estxs contra ella, como reproduciremos a continuación, se obstaculiza el desarrollo de un supuesto amor incondicional, que supone el idealizado mito de la maternidad, dando lugar a una compleja relación contradictoria de amor-odio: “I tiene crisis de nervios, quiere pegarte. Se olvida de dónde deja las cosas y eso lo pone violento, por otro lado, B tiene “malas” conductas, no le gusta que le pongan límites y también quiere pegar” (Fabiana). Cabe aclarar que esta reflexión no supone un explícito arrepentimiento de rol de la mujer-madre, sino que propone identificar al deseo femenino como algo más complejo, que “no es maternal ni anti-maternal, sino que es ambivalente, contradictorio, siendo la ambigüedad la característica de la maternidad” (Cuesta, 2008, p.172).

Por su parte, la segunda tensión en relación al “mundo externo”, que está implicado en el rol, identificamos la influencia que tiene la calificación de sus allegadxs, ya sea proporcionando validación o generando críticas sobre su desempeño del rol maternal. Para desarrollar esta tensión citamos los siguientes fragmentos:

Recibe comentarios negativos de su pareja W, el cual indica que ella es muy sobreprotectora y “que le da todos los gustos” a H (...) pero ella discrepa diciendo “pero él no sabe lo que es, si yo hago eso es porque no hay manera de que entienda y él ya tiene los videos descargados de qué puede ver, él no sabe lo que es manejarlo. (Marina)

Hay opiniones, se escuchan algunas, al principio te pone mal, pero hay que seguir, en el colectivo hay miradas, por ejemplo, cuándo pido el asiento para SH porque como no tiene cara de discapacitado te miran mal. Por eso intento ayudarlo a que se mantenga parado en el colectivo y que no llore. (Mamá Guerrero)

En la escuela de sus hijos le dicen “me tengo que sacar el sombrero” y la nuera también le dice “ojalá mi mamá hubiera sido cómo vos”, reconociendo todo el esfuerzo que hace por sus hijos. (Fabiana)

En el primer relato, se advierte cómo la pareja sexo-afectiva emite comentarios negativos sobre sus acciones como madre, acusándola de ser sobreprotectora y de consentir en exceso a su hijx. Sin embargo, la mujer-madre defiende su accionar argumentando que su pareja no comprende la situación, no entiende su manejo. Y, por otro lado, otra de las entrevistadas, nos comenta que enfrenta miradas y comentarios, a los que decide no darles

entidad. También nos cuenta que hay actitudes negativas hacia ella y su hijx en el transporte público, ya que cuando estx precisa el asiento lxs pasajerxs no creen que corresponda.

Los comentarios negativos dirigidos hacia las mujeres-madres se vinculan estrechamente con el concepto planteado por Badinter (1981), quien sugiere que la mujer "será o no será una buena madre en función de lo que la sociedad desprecie o valore de la maternidad" (p.12). Esta perspectiva ilustra cómo las madres son constantemente evaluadas y juzgadas en función de normas preestablecidas, lo que puede generar presión y ansiedad al tratar de cumplir con estas expectativas. De hecho, modifica cuestiones del cuidado cotidiano, por ejemplo, agregando la tarea de mantener a su hijx parado y sin llorar, más allá de que su padecimiento mental lo dificulte. Asimismo, se evidencia cómo estas críticas externas pueden impactar negativamente en la percepción de las mujeres sobre su rol maternal, generando sentimientos de incompreensión. La falta de comprensión por parte de parejas u otras personas de la sociedad respecto a las decisiones y acciones de la madre, contribuye a un sentimiento de frustración y desvalorización, afectando su bienestar emocional.

El hecho de que la sociedad se sienta en el derecho de opinar sobre las prácticas de crianza de las mujeres-madres refleja una dinámica de objetivación y control social, donde las mujeres son reducidas a meras ejecutoras de cuidado que deben someterse a la aprobación de lxs demás. En relación a este tema, Elizalde (2022) nos brinda los aportes de Molina (2014) quien señala que la naturalización de la maternidad conlleva paradójicamente la imposición de controles sobre el cuerpo de las mujeres, lo que resulta en la pérdida de su autonomía en lo que respecta a la reproducción, así como en la marginalización de los conocimientos y prácticas desarrolladas por ellas mismas. Los sistemas de explotación han buscado disciplinar y dominar el cuerpo femenino, evidenciando que este ha sido el principal objetivo para ejercer técnicas de poder y relaciones de poder (Federici, 2010). Esta falta de reconocimiento de su subjetividad y autonomía, perpetúa una dinámica de disciplinamiento y control, donde las mujeres-madres son constantemente vigiladas y evaluadas en función de normas sociales y culturales impuestas. Por otro lado, en el tercer relato se destacan las opiniones positivas recibidas en el entorno de la entrevistada, como, por ejemplo, en la escuela de sus hijxs, donde su esfuerzo y dedicación son reconocidos de manera elogiosa. Incluso su nuera expresa admiración por su papel. Estos elogios se relacionan estrechamente con lo que aporta la autora Marcús (2003), donde lxs hijxs se convierten en elementos claves a partir de los cuales se define la identidad materna, independientemente de su clase, ya que el rol les brinda recompensas y gratificaciones que no encuentran en otros ámbitos de sus vidas.

De esta manera, podemos ver que públicamente estas mujeres están en el ojo social que remarca sus acciones ya sea de manera positiva o negativa. Lo cual, a la vez, se presenta como un escenario realmente contradictorio, ya que son constantemente vigiladas, sin embargo, su trabajo de cuidados no es visibilizado. Esto se da así debido a que las actividades desarrolladas en el espacio privado, es decir, las actividades catalogadas como femeninas, son menos valoradas socialmente, sea cual fuera su contenido (Salinas en Uric 2018).

La tercera y última tensión que desarrollaremos es la identificada entre el Hospital y la mujer-madre. Si bien en el Capítulo I de esta investigación hemos trabajado acerca de la relación entre el hospital y las tareas de cuidado ejercidas por las mujeres-madres, en esta tercera tensión identificada pretendemos dar a entender cómo la institución además de ser alivio, y formar a estas mujeres para los cuidados de sus hijxs, también puede incidir en la construcción de sentido en su maternidad. Para ello, parece pertinente contextualizar la institucionalización de los derechos reproductivos en el país con el objetivo de entender los significados volcados hacia las mujeres.

Según los aportes de Yañez (2013) la institucionalización de los procesos reproductivos en Argentina, desde finales del siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX, estuvo marcada por la preocupación por la cantidad y calidad de la población. A su vez, Miranda (2011) aporta que, desde los inicios del siglo XX en Argentina, la eugenesia consideró el noviazgo, matrimonio, procreación y lactancia como elementos interconectados, centrales en las políticas y prácticas oficiales sobre la reproducción. Para los inicios de esta época, se observaba una con(fusión) entre sexualidad, genitalidad y procreación, junto con una moral sexual tradicional que negaba el placer femenino y enfatizaba en la procreación como objetivo principal de la actividad sexual. Además, la autora sostiene que el positivismo contribuyó a establecer divisiones claras entre diferentes aspectos. Por un lado, se asociaba el amor perverso, la esterilidad, el placer y la patología. Por otro lado, se definía una sexualidad considerada normal, ligada a la salud, un placer limitado y la reproducción. Esta estrategia biopolítica reforzó la normativización del sexo desde una perspectiva heterosexual dominante, excluyendo las sexualidades homoeróticas y no reproductivas. Se identificaba como "patológicas" a las figuras del homosexual y la prostituta, representando así una transposición de la sexualidad considerada normal.

Volviendo a Yañez (2013), los avances en la medicina y la creación de instituciones sanitarias llevaron a la medicalización de la maternidad y la crianza, con el objetivo de controlar y garantizar el crecimiento de la población. Las mujeres fueron interpeladas en su papel de madres y se convirtieron en el blanco de campañas para fortalecer la "raza" nacional.

La institución hospitalaria fue fundamental en este proceso, promoviendo una pedagogía higienista de la maternidad y ofreciendo espacios para el control y la atención de las mujeres-madres y lxs niñxs.

Las políticas estatales, entre las décadas del 40' hasta el retorno de la democracia en los 80', enfatizaron la importancia de la maternidad como función social y espiritual, y se realizaron grandes esfuerzos educativos para reconceptualizarla. A pesar de los avances posteriores en la promoción de los derechos reproductivos, el legado de este proceso de institucionalización conservadora perdura en el tiempo. Para identificar la prevalencia de esta conservación, es importante tener en cuenta el análisis institucional, el cual permite explicitar la dosis alienante propia de las organizaciones básicas de la vida social. El mismo sugiere que los hospitales psiquiátricos tienen un gran empeño por prolongar su existencia, naturalizando y biologizando las normas y valores (Barriga, 1979).

Tras los datos recolectados, y teniendo en cuenta el análisis en relación a la institución, podemos observar que, aunque se asome el intento de cambio, el hospital tiende a promover activamente el papel de las mujeres-madres como principales cuidadoras de sus hijxs, siendo ellas las convocadas de manera constante a las citas de tratamiento como veremos en el siguiente fragmento de entrevista a una trabajadora social:

Aunque en este último tiempo empezó a observarse una mayor presencia de la figura de los padres. (...) las familias que acompañan suelen ser heteronormativas, monoparentales o referentes adultos feminizados (...) el equipo empezó a convocar, para que no solamente sean las madres (...) continúa la resistencia de algunos de lxs profesionales (...) la falta de presencia de los padres depende de cómo es la organización familiar, porque aún continúa recayendo en el padre el mandato del proveedor y de sostener el ingreso económico (...) a pesar de estos cambios, si se observa la sala de espera, se puede ver que la mayoría son mujeres. (TS Maite)

En este fragmento se advierte que las normas y valores arraigados hace ya tantos años en la historia argentina, en donde se le atribuyen a la mujer un rol central de cuidadora, tienen gran incidencia en el hospital. Además, en caso de cualquier inconveniente en relación a los quehaceres de la familia del niñx con el hospital, rápidamente tienden a atribuir la responsabilidad a las madres como veremos en el siguiente relato: “Los profesionales valoran cuando dos veces por año viene el Padre, pero cuando la Madre hace algo mal o le falta algo... ¡Agarrate!” (TS Maite)

La valoración de la presencia esporádica de los padres y la sanción hacia las mujeres-madres por no cumplir a la perfección su rol, deja en evidencia cómo lxs profesionales y las instituciones reproducen los discursos de género que asocian a las mujeres

con la maternidad y el cuidado, y que establece el mito de la “mala madre”, impactando en sus subjetividades. La autora Palomar Vereá (2004) menciona que las mujeres-madres que no cumplen con las expectativas de ese papel social, son estigmatizadas, señaladas, cayendo sobre sus cuerpos el poder del control y el disciplinamiento. Mientras tanto, no se juzga de la misma forma si el padre se encuentra ausente e inclusive se festeja su presencia ya que no es lo que se espera de su rol y función social. Este tipo de actitudes de ciertos profesionales o equipos, hace que la presión de cumplir con las específicas tareas de cuidado que requieren sus hijos con padecimiento mental provoque sentimientos de frustración y culpa en ellas, tal como nos narró una mujer-madre: “Ahora voy entendiendo, que no puedo sobre exigirme, eso me enseñaron acá (señala a la sala indicando al Servicio Social). Si pierdo un turno o llego tarde me siento la peor mamá” (Marina)

Hasta aquí, lo dicho sobre esta tercera tensión, brinda claridad que el peso institucional hacia las mujeres-madres hace a la subjetividad de las mismas, sin embargo, también nos hace reflexionar acerca de las integrantes del hospital que alzan la voz desafiando este orden establecido y sumamente normalizado. Sobre esto, es importante resaltar que la institución se enmarca en la dinámica de lo instituido y lo instituyente, en la puja entre lo normalizado y lo creativo, en este caso las profesionales del Servicio Social. Barriga (1979) explica que la institución se encuentra:

En la tirantez de lo normalizado y lo creativo en el individuo (...) sencillamente, lo instituido no explica la totalidad de la institución. Pues la posibilidad del devenir, de la adaptación del cambio dentro de la institución, proviene de su relación con el instituyente (p.25)

Volviendo a la repercusión de lo institucional en el sentido del rol materno, podemos indicar que la internalización de las actividades relativas al tratamiento de sus hijos se ve como una prioridad con el objetivo de alcanzar el bienestar del mismo. Sin embargo, también aporta al sentido maternal, ya que es el cumplimiento de las imágenes impuestas social e institucionalmente. Profesionales del Servicio Social, dan cuenta de esta realidad expresando: “Inconscientemente vienen a mostrar que son buenas madres, las ves cuando llegan a la entrevista: Les arregla el pelito, procuran que se vean bien limpios, ordenados, puntuales.” (TS Lucía)

Esta demostración que pretenden realizar las mujeres-madres se da a causa de la mirada social que se encuentra sobre ella, pero también ocurre a raíz de que los profesionales controlan consciente o inconscientemente si su función se realiza de forma adecuada, descontextualizando su realidad e ignorando la carga mental, y ante dudas sobre el desarrollo

del rol tienden a querer tomar acciones que son disciplinadoras, como veremos en el siguiente fragmento de entrevista: “hay algunos profesionales de la salud que ante alguna situación media tensa entre su paciente y la madre ya quieren denunciar” (TS Lucía)

Por lo dicho en esta tercera tensión y en los capítulos anteriores, podemos indicar que el Hospital tiene múltiples significados en la vida cotidiana y sentidos de las mujeres-madres ya que en él han podido tomar como propias herramientas para sobrellevar y comprender el tratamiento de sus hijxs, lo que en definitiva propicia al alivio de presiones en torno al incumplimiento de expectativas maternas. Sin embargo, de manera contradictoria, la institución conserva estructuras que siguen sofocando a estas mujeres debido a que las convocatorias de acompañamiento y juzgamientos (en el caso de no aciertos en el tratamiento de sus hijxs) se realizan sin mucho cuestionamiento directamente hacia ellas. Pero, a pesar de las resistencias dentro del campo interdisciplinario, se intenta ampliar la mirada a un trabajo integral entre profesionales y miembrxs de la familia que no necesariamente sean feminizados.

Las tres tensiones aquí mencionadas muestran por un lado los mandatos a los cuales deben responder, y el proceso contradictorio que esto genera, ya que frente un ambiente hostil hacia ellas, estas deciden alimentarse del afecto genuino hacia sus hijxs, pero que muchas veces este no es suficiente para aplacar el escenario frustrante, agotador y hasta violento en el que se ven inmersas.

En frases como “pero bueno”, “igual hay que seguir”, “te acostumbras”, reflexionamos acerca de la intención de extender un manto de paciencia a la realidad que atraviesan, no dando lugar a la problematización de lo que están pasando, porque de hacerlo podría resultarles angustiante, pero también porque de identificarlo, no hay respuestas concretas ni estatales ni institucionales, que puedan dar una solución clara. De esta manera hay un camino sin retorno que las mantienen en una cotidianidad de la que no pueden escapar, ya que las mujeres no pueden desentenderse de la crianza y cuidado, y en paralelo a estas, están las figuras paternas que muchas veces se encuentran ausentes o se hacen presentes de maneras esporádicas relegando la mayor cantidad de responsabilidad en las mujeres-madres. Pero en el caso de que la relación entre estxs entre en tensión, en cuanto a la relación de crianza de sus hijxs, son las mujeres-madres las que quedan en desventaja, por la tendencia de sancionar el no cumplimiento de los mandatos como veremos en el siguiente relato:

Cada tanto me decían “papá va a venir, va a aparecer” y el papá no venía, o venía y nos pegaba. Y eso los lastimó mucho, al día de hoy yo me acuerdo y lloro por la frustración de no poder haber hecho algo más para que no les pase nada, pero bueno" (...) Entre las idas y venidas entre juzgados, mi hija y yo nos peleamos feo.

Y me la quitaron, y ahora está con la abuela y ¡el padre! yo no lo podía creer y estaba muy triste. Pedí un amparo y todo, pero después yo decidí dejarlos... y dejarla no porque no la quiera sino porque yo sé lo que hice y sé que ella (G) está muy embebida del padre (Leonela)

Para concluir este apartado presentamos un conjunto de fragmentos registrados durante las entrevistas a las mujeres-madres sobre cómo se consideran como madre:

No me considero una buena madre. No tengo la respuesta a todo lo que debería tener. Mi mamá no me dió cariño y [yo] les doy mucho. Pero me siento mal por no reclamar por sus derechos (cuota alimenticia), por no pedir el asiento en el colectivo para L, por no pelearla más por ellos" (Leonela)

F hizo un breve silencio y respondió "me considero buena madre, tendrías que preguntarles a ellos, lo poco que tengo lo reparto entre mis hijos" y agrega "no me importa que no me valoren, yo les voy a dar todo" (Fabiana)

Me llena de orgullo (lo dice con un tono pensativo). Como madre se describe cómo buena, permisiva, negociable, en palabras de ella "acompañando siempre, mi prioridad es D". Como empieza a emocionarse, G aclara que ella es muy sensible y que por cualquier cosa llora. (Gladys)

Ante la pregunta de qué significa para M ser mamá de H, sus ojos se llenaron de lágrimas, pero rápidamente mantuvo la compostura y dijo "ufff...me gusta ser la mamá de H hago lo que puedo" (Marina)

Sin dudas por las cuestiones analizadas en este apartado, vemos cómo las autopercepciones sobre su rol materno en las mujeres-madres están colmadas de la construcción subjetiva de ser mujer como objeto, 'un ser-para-otros' (Shabot y Korem, en Brandão, 2022). Y sobre esta percepción aparece la vergüenza de no encajar en la figura ideal. Estas sensaciones alargadas en el tiempo afectan la salud mental (entre otros aspectos) de las mujeres-madres, ya que generan sentimientos como inadecuación, frustración, miedo y estrés. En palabras de Brandão (2022) "es una vergüenza que paraliza, abruma, silencia. Y esto es lo que aumenta la vulnerabilidad femenina hacia las enfermedades, la violencia sistémica y hasta la muerte, puesto que no supone ninguna estrategia de autocuidado y autoatención, fundamentales para la vida" (p.54). Sin embargo, las estrategias de las mujeres-madres existen y resisten; algunas de ellas serán analizadas en el siguiente apartado.

2.3. El rol activo de las mujeres-madres

Las mujeres atravesamos una serie de opresiones e imposiciones patriarcales, sin embargo, la posición activa que denuncia, resiste y resignifica se hace presente en las entrevistadas. En varios relatos de las mujeres-madres se ha encontrado una forma poderosa

de comunicación adoptada, que trasciende la simple expresión verbal de sus emociones. En varias ocasiones han decidido compartir videos que muestran las crisis de sus hijxs, ofreciendo una ventana al mundo interior de su experiencia como cuidadoras:

H cuando va a lugares nuevos es muy difícil, se pone muy mal y empieza a gritar y se pone duro o empieza pegar, y así. Entonces lo llamé a F para que nos venga a buscar, porque estábamos a mitad de camino de donde teníamos que ir y me dice “Bueno vengan a casa y de acá nos tomamos un taxi” y no es así, él no entiende lo que es salir a la calle con H. No podemos ir, así como así, entonces agarré lo grabé y le dije a F “¿Ves? esto es salir con H a lugares nuevos, vos no aguantás” cree que con un taxi soluciona todo y no es así...y bueno ahí agarró y me pidió disculpas” (Marina)

Este enfoque comunicativo es profundamente significativo por varias razones. En primer lugar, demuestra empatía y comprensión por parte de las mujeres-madres hacia sus hijxs, reconociendo que sus comportamientos pueden resultar difíciles de comprender para lxs demás. En segundo lugar, con este registro audiovisual de las crisis, están tratando de proporcionar una visión más completa y auténtica de su vida cotidiana con un hijx con padecimiento mental. Es un intento de salir hacia la esfera pública, asociada a los hombres, para adquirir el valor social y de prestigio, que en la esfera privada del hogar no consiguen.

Además, este acto de compartir videos representa un intento de romper el estigma y el desconocimiento que a menudo rodean a los padecimientos mentales. Al abrirse de esta manera, estas mujeres están desafiando el silencio y la invisibilidad que las atraviesan. Están invitando a lxs demás a comprender mejor su realidad.

Allá dicen que la discapacidad es rara, que sos un loco, que es contagioso. Pero también porque no se veía antes, entonces, cómo no se veía, no se sabía. Yo les mando videos de niños con autismo, con retraso mental para que se informen (Mamá Guerrera)

Estas estrategias que se desarrollan, tienen consonancia con procesos más amplios, vinculados con la creciente transformación de la enfermedad en una experiencia pública, y otros directamente vinculados a estas mujeres-madres y sus experiencias. En distintas publicaciones, Conrad plantea que, en el transcurso del siglo XXI, y acompañado de las tecnologías audiovisuales e internet, la enfermedad en general, y algunas condiciones, discapacidades, enfermedades y trastornos en particular, entre los que incluye a los padecimientos psíquicos, están profundizando un pasaje desde la esfera privada a la esfera pública.

A diferencia del siglo XX, en el que los padecimientos psíquicos eran conocidos por un pequeño círculo de familiares y amistades de la persona (y en ocasiones eso tampoco

ocurría); en el siglo XXI se producen toda una serie de transformaciones que crecientemente inscriben a la enfermedad (en general), sus circunstancias, características, dificultades y efectos, en espacios públicos de discusión e intercambio, en los que la posibilidad de crear, compartir y buscar contenidos a través de internet resultan centrales (Conrad, Bandini y Vasquez, 2016; Conrad y Stults, 2010).

Así, disponer de un teléfono con cámara que registre un episodio particular para transmitir sus implicancias sin que se consideren sesgados los argumentos, y realizar búsquedas en plataformas audiovisuales en internet para que otras personas tengan información más pormenorizada de una vivencia, se convierten en estrategias, sustentadas en vehículos tecnológicos, para esos pasajes de la enfermedad a la esfera pública. Pasajes que no están exentos de estigmatizaciones e impugnaciones, pero que aun así se vislumbran como un proceso que permite validar la experiencia de estas madres ante terceros.

En relación al segundo proceso, lo que narran Marina y Mamá Guerrero remiten a lo que Pignataro (2022) nombra como “empoderamiento no-normativo”, la autora plantea que el mismo se produce a través de la valoración positiva y el orgullo por el propio trabajo materno y de cuidados que realizan las mujeres-madres desafiando las miradas patriarcales en torno a la maternidad y sobre todo en torno a desarrollar la crianza solas y con escasos recursos. Además de desafiar los mandatos patriarcales que imponen el deber ser y la desvalorización de la maternidad, también cuestiona “miradas hegemónicas dentro del feminismo que sólo conciben el trabajo materno y de cuidados como un elemento restrictivo que impide el desarrollo de las mujeres” (p.115), ya que cómo hemos mencionado anteriormente, la maternidad puede ser concebida como un rol de poder, identidad y prestigio. Paradójicamente, la elección de maternar aún con desventajas estructurales sociales y económicas, más allá de ser la única elección posible, también rompe con aquella norma que sostiene que sólo ciertos sectores sociales poseen el poder de decidir cuándo maternar.

Sobre esta resistencia encontrada en la elección de maternar, tomamos el particular caso de Laura, una mujer-madre entrevistada que tiene un padecimiento mental, y es madre de S, quien se atiende en el hospital para recibir tratamiento por el mismo padecimiento. Laura ha testimoniado que constantemente recibe opiniones negativas de su familia en relación a su rol materno, y sobre la personalidad de su hijx. Comentó que ella cuando era pequeña sufrió en reiteradas ocasiones exclusión por estos mismos familiares, que no permitían que su madre la llevara a reuniones familiares y que actualmente están repitiendo dicha actitud con su hijx. Sin embargo, manifiesta que con la intención de que lx niñx no atravesase la misma

experiencia que ella ha padecido, participa con ellx en las reuniones familiares, aunque estxs estén en contra.

Este hallazgo de nuestra investigación guarda relación con los de Fiamberti y Seijas (2019) quienes dan cuenta que, ante el diagnóstico y tratamiento de salud mental de unx hijx, las familias tienden a cerrarse, pero también tienden generar un distanciamiento de otrxs familiares debido a rispideces demandas y reclamos generados cuando estxs no logran tomar dimensión de los cuidados que lx niñx con padecimiento mental requiere. Por otro lado, coincide con la investigación de Estévez y Millet (2014) quienes plantean la presencia de estigmatización social transitada por cualquier persona que sea reconocida como “loca” y cómo este concepto es creador de subjetividades de la propia persona, como así también de sus familiares, amigxs, etc. ya que si no lo toman de manera crítica “alimentan la reproducción de uno de los dispositivos que moldean la forma en la que vivimos. Y, sobre todo, las vidas de aquellxs que sufren de algún tipo de padecimiento mental" (p.8).

La última resistencia identificada en las mujeres-madres entrevistadas parte de lo asfixiante que puede llegar a ser las tareas de cuidado ejercidas. A continuación, presentamos un fragmento del relato de Fabiana, en el que explica el porqué de sus ausencias intencionales:

A veces no doy más, no los soporto y para no gritarles me voy a dar unas vueltas, tomar aire... y cuando llego están más quietos...porque se dan cuenta que me necesitan, y le preguntan al papá dónde estoy, y el papá me llama y voy (Fabiana)

Como mencionamos anteriormente, la dedicación que requieren las infancias con padecimientos mentales es difícilmente igualable, por lo que ser la única referente ejecutora de dichos cuidados puede llevar a las mujeres a colmar su paciencia. No solo por las actividades en sí, sino por la falta de reconocimiento por parte de lxs integrantes familiares. Es por ello que, ante estas situaciones desbordantes, las mujeres deciden ausentarse de su hogar con la intención de que estxs identifiquen su ausencia y reflexionen acerca de la importancia de ellas en el plano cotidiano. Es importante aclarar que este análisis no niega la opresión de las mujeres en los roles impuestos socialmente y que la ausencia momentánea de estas no guarda ninguna relación con las ausencias paternas naturalizadas. Lo que pretende destacar, es la detección por parte de las mujeres-madres, de la sobrecarga de cuidados y la injusta acción de no reconocer dicha acción, por lo que evidencia la no pasividad de estas ante las inequidades aun aceptando su responsabilidad como madre de sus hijxs.

CAPÍTULO 3: SALUD MENTAL DE LAS MUJERES-MADRES

En este capítulo se busca exponer lo relacionado al quinto y último objetivo planteado en la investigación, ahondando en la percepción que tienen las mujeres-madres sobre su propia salud y las formas que atienden sus padecimientos. En relación a esto, se analizaron las prácticas de autocuidado que realizan las mujeres-madres en su cotidianidad, frente a la sobrecarga que implica el cuidado de lxs hijxs. A su vez, profundizaremos sobre cómo la distribución desigual de los cuidados sumado a las violencias cotidianas, impactan en la salud integral de las mujeres-madres. Por último, abordaremos cómo todas las cuestiones descritas afectan la proyección de su propio futuro.

3.1. Cuidar(se)

Como analizamos en los anteriores capítulos, la cotidianidad de las mujeres-madres se encuentra atravesada por el cuidado hacia otrxs y la sobrecarga que ello implica, lo cual nos abre el siguiente interrogante: ¿Encuentran algún momento/espacio para ellas mismas o realizan alguna práctica para su autocuidado? En este sentido, es importante los anteriores conceptos aludidos de “tiempo para mí” (Kuhaneck et al., 2010) y autocuidado (Menéndez 2018). A la luz de estos dos conceptos, los datos recabados demuestran que las mujeres-madres ocupan su tiempo cotidiano en los cuidados intensos hacia sus hijxs, teniendo pocos o nulos espacios personales y falta de tiempo para ellas mismas: “No estoy en el momento para decir ‘dos horas para mí’ ¡I te ahoga! (...) Y con decirte que ni de vacaciones pudimos ir bien”. (Fabiana)

En la investigación de Fiamberti y Seijas (2019), las mujeres-madres relataron encontrar espacios de autonomía en horarios poco usuales, como en la madrugada, ya que no tenían que estar pendientes de sus hijxs. A diferencia de este hallazgo, las mujeres-madres entrevistadas para la presente investigación que identificaron tener espacios individuales los vincularon a actividades o pequeños momentos que se los dedican a ellas mismas durante el día, como por ejemplo hacer actividad física, tejer, pintar, cocinar, trabajar en su huerta, mirar un programa de televisión, bañarse sin interrupciones, etc. Los siguientes relatos dan cuenta de estas actividades:

Me encanta cocinar, es mi momento de paz. También mi tiempo es a las 18:30 cuando miro mi programa (Novela transmitida por TV). Por más que G quiera que cambie, no. Es mi programa y ese lo veo sí o sí. (Marina)

Tengo una huerta donde me disperso y me saco todo. (Marina)

Los vecinos me piden mucha ayuda, mi pareja me contiene mucho, pero a veces me dice “si no estás mal por tu familia, son los vecinos” y tiene razón. Pero intento ahora cuidarme en lo que puedo, ver una película o bañarme sola, le digo a los chicos que se queden afuera un rato. (Leonela)

Estas actividades mencionadas son pequeñas estrategias realizadas por las mujeres-madres para dedicar un tiempo para ellas, frente al cansancio y sobrecarga del cuidado de sus hijxs. Cabe destacar que tres de las mujeres-madres entrevistadas relataron no poder hacerse ese tiempo, lo cual se puede explicar tanto por poseer una red de apoyo débil, como por la edad en la que se encuentran sus hijxs, o por el diagnóstico que poseen. En el caso de aquellas que sí identificaron espacios propios, se pudo observar que estos no eran suficientes para el cuidado de su propia salud integral ya que, cuando tuvieron que describir su estado de salud, mencionaron sentir cansancio, agotamiento, incertidumbre y angustia frente al cuidado exclusivo de un hijx con padecimiento mental. Destacamos los siguientes fragmentos:

A veces me duermo del cansancio, me duermo parada o en el colectivo (...) re agotada, a veces estoy bien y a veces triste. (Fabiana)

Cansada...cansadísima (respondió suspirando y encogiendo los hombros). (Marina)

Por ahora bien. Capaz sí tengo dolores de cabeza de tanto pensar. Pienso mucho en la pregunta de ¿qué vas a hacer mañana? Me da a veces miedo hacerme algún estudio y que me salga mal o que pase algo conmigo o con SH. (Mamá Guerrero)

Los relatos anteriores dejan de manifiesto lo planteado por la autora Burin (2010), quien considera a la maternidad como el “otro trabajo invisible”, el cual genera un cansancio que no es identificado como tal y un malestar emocional en las mujeres que se expresa en angustia, sentimiento de culpa, hostilidad, etc. A su vez, se encuentran en consonancia con los resultados de las investigaciones de Bianchi y Rodríguez Jurado (2019) y Smeha y Cezar (2011), donde se evidencia cómo la ausencia de actividades diversas y por fuera del hogar (que no se vinculen con el cuidado de sus hijxs con padecimiento mental) va en detrimento del bienestar psicofísico de las mujeres-madres. En estas investigaciones también se muestra cómo a pesar de que las mujeres-madres perciben su cansancio, esto no las imposibilita para continuar llevando adelante el tratamiento de sus hijxs y el deber de cuidado, lo cual coincide con lo expresado por nuestras entrevistadas.

Por lo tanto, es fundamental entender que lo relatado por las mujeres-madres sobre su salud no se puede reducir a enfermedades/padecimientos individuales, sino que son malestares producidos por el modelo de maternidad que exige nuestra sociedad y por las desigualdades de género, es decir, son un problema con componentes sociales. La autora Brandao (2022) explica que el modelo de maternidad exige que las mujeres-madres tengan las siguientes características: disponibilidad para lxs otrxs (sin tiempo para sí mismas), no poder fallar, la abnegación, la entrega, la paciencia, que tienen que ser amorosas (sin poder expresar desamor) y ser inmortales, no teniendo la posibilidad de enfermarse. Pero esta madre no existe, es un ideal que ocasiona padecimiento y malestar en las mujeres-madres por no poder cumplir con ese modelo. Por este motivo, coincidimos con la autora de que no hay que invisibilizar un dolor con síntomas sociales claros y tampoco patologizar y psiquiatrizar a las mujeres-madres cuando lo que está fallando es un contexto favorable para maternar.

Ahora bien, analizando el autocuidado que realizan las mujeres-madres, no podemos olvidarnos lo que el autor Muñoz (2009) denomina “cuidado de sí”, entendiendo que esta es una actitud en relación con uno mismo, con lxs otrxs y con el mundo. El cuidado de sí se construye socialmente e involucra el autocuidado, ya que para que las acciones de autocuidado sean posibles debe existir un proceso de construcción de significados que orienten dichas acciones. Según Muñoz incluir el cuidado de sí en el análisis permite comprender los procesos de subjetivación que llevan a los seres humanos a optar por actitudes y prácticas que en unos casos permiten el mantenimiento de la salud, pero, en otros, incide para que se asuman riesgos que pueden desencadenar en la pérdida de la misma.

Los sentidos que guían el cuidado de sí de las mujeres-madres se encuentran reflejados cuando se les consultó sobre la percepción de su propia salud: “Yo...me he olvidado de mí [mientras se toca el pecho y mira hacia abajo]” (Mamá Guerrero) y “Desde que llegué al país no realicé chequeos médicos, pero luego de haber reflexionado y gracias a los consejos de las profesionales del Hospital, iré al médico. Ahora que estoy bien con F y lo voy dejando más con G, voy a ir” (Marina).

Esto se relaciona con lo planteado por la autora Lagarde (2003) quien explica que la subjetividad de las mujeres se construye para estar alerta a las necesidades de lxs otrxs, utilizando su tiempo, su energía e invirtiendo sus bienes y recursos, produciendo el descuido propio para el cuidado de lxs otrxs. Las entrevistadas expresan el olvido y el descuido de su propia salud, la ausencia de controles médicos periódicos por no tener tiempo para sacar turnos, asistir y realizar estudios, pero sí manifiestan su compromiso con la salud de sus hijxs y la dedicación absoluta hacia ellxs para cumplir con el tratamiento y los cuidados en general.

El descuido de ellas mismas y su dedicación hacia lxs otrxs también se observa en los cuerpos de las mujeres-madres. Como expresa la autora Franca Basaglia (1983) las mujeres no somos dueñas de nuestro propio cuerpo, sólo existimos como objeto para otrxs, son cuerpos-para-otros que se dedican a nutrir, procrear, maternar, proteger y sostener a otrxs. La disponibilidad de los cuerpos de las mujeres-madres quedó en evidencia en su postura durante la entrevista, la cual era una posición en estado de alerta, no dejando sus pertenencias en ningún momento, pendientes a que sus hijxs (que se encontraban fuera del consultorio junto a las residentes del hospital) se encontraran bien, y listas para irse si ocurría algún problema.

A su vez, se pudo observar similitudes con los resultados de la investigación de las autoras Fiamberti y Ceijas (2019), por un lado, lo relacionado a la falta de separación corporal de lxs hijxs hacia las mujeres-madres y la dificultad del desapego que obstaculiza que puedan realizar actividades cotidianas como, por ejemplo, mirar los mensajes en su celular, bañarse sin interrupciones, entre otras que mencionaron. Esto lo podemos identificar en el siguiente fragmento en donde la profesional relata la dificultad de trabajar el desapego de lxs niñxs, lo que lleva a no poder hacer las entrevistas sin las mujeres-madres presentes:

No es sano para ellos seguir pegado a sus mamás, al punto de no poder hacer entrevistas solos con los preadolescentes, adolescentes. Y va más allá de su diagnóstico eh, es por esa dependencia casi problemática. (TS Lucía)

Por otro lado, aunque las mujeres-madres no lo expresaron, pudimos observar durante las entrevistas el descuido de lo físico y estético, especialmente a través del desarreglo de la ropa (roturas en las prendas o desgaste de las mismas), su postura encorvada y cansada, ojeras producto del cansancio, que aparentaban un aspecto envejecido en relación a su edad, etc. La disponibilidad corporal para el cuidado, encontrarse siempre alerta, con apego hacia sus hijxs y el descuido de su aspecto físico, dan cuenta del impacto que tiene la maternidad y los cuidados sobre sus cuerpos y en sus subjetividades, lo cual ocasiona un deterioro en su bienestar.

Retomando las prácticas de autocuidado de las mujeres-madres, identificamos que, si bien las mujeres-madres reconocen su agotamiento y malestar emocional, la mayoría expresó no poseer un espacio terapéutico/psicológico para poder expresar cómo se sienten frente a la dedicación exclusiva del cuidado de su hijx. Sobre este resultado, encontramos expresiones de sorpresa por parte de las mujeres-madres, al igual que los resultados arrojados por la investigación de Bianchi y Rodríguez Jurado (2019), que al realizarles la misma pregunta a sus entrevistadas “se mostraron sorprendidas, como si se les recordará la posibilidad” (p.100). De las seis mujeres-madres entrevistadas para la presente investigación, solo una mencionó

que asiste a un espacio terapéutico ya que le coincide con el cronograma de actividades de sus hijxs y le permite continuar reproduciendo las tareas de cuidado. Además, explica que el espacio es especializado en consumo problemático, pero le permitieron asistir, aunque ella no esté atravesando esa situación:

Asiste recientemente ya que abrieron un centro de rehabilitación cercano a su casa, lo que le permite llevar y traer a sus hijos de sus actividades sin problema. Al nombrar este Centro de Rehabilitación, se le consulta si ella tiene o ha tenido algún consumo problemático, ella contesta que no, pero que es donde asiste su pareja. Él habló con los profesionales del lugar para comentarles que estaba angustiado por ver “mal” a D, por lo que consideraron que sería positivo para ambos tener asistencia psicológica en la institución (Leonela)

A su vez, relatan no poseer un espacio personal para liberar sus emociones, alimentando el desgaste y el descuido de su propia salud mental. El relato de Mamá Guerrero evidencia esta dificultad para expresar sus sentimientos y la necesidad de aguantar: “A veces pienso y me pongo mal. Pero si lloro, mi hijo me mira y dice no llores, y eso me hace llorar más” (Mamá Guerrero).

Frente a la falta de espacios personales o terapéuticos, expresaron que el Grupo de Padres del hospital significaba un tiempo para ellas, donde pueden compartir sus pensamientos, sentimientos, incertidumbres, dudas, intercambiarse información, permitiendo identificarse con la experiencia de otras mujeres-madres que se encuentran atravesando lo mismo. En este sentido, podemos identificar cómo los procesos de biomedicalización, en los cuales se encuentran inmersas las mujeres-madres, posibilitan la formación de biosocialidades. Este es un concepto propuesto por el autor Rabinow (1996) para dar cuenta de cómo los procesos de diagnóstico, así como los tratamientos biomédicos, pueden sentar las bases de cierta diferencia y conducir a la formación de nuevos grupos sociales. Es así como la biomedicalización modela las relaciones sociales y las subjetividades, posibilitando la creación de nuevas identidades individuales o colectivas. La construcción del Grupo de Padres alrededor de la experiencia del diagnóstico y tratamiento de sus hijxs, posibilita un espacio propio para las mujeres-madres donde se pueden sentir contenidas, permitiendo no atravesar sus angustias y malestares de forma solitaria. Así mismo, tanto las entrevistadas como las profesionales, expresaron que el hospital es un espacio que las mujeres-madres se apropian como suyos, un lugar donde pueden tener un tiempo para ellas en la sala de espera, mientras su hijxs realizan el tratamiento y donde pueden re-pensarse en su rol materno, pero también en sus proyectos propios:

Muchas de las mamás nos dicen “yo no tengo vida”, entonces acá en el Hospital de Día se percibe más ese respiro de, aunque sea, de ver el celular tranquila (...)

hay algunas mamás que cuando ya se acomodan con los días, quieren retomar terapia, zumba, controles de salud. Entonces ahí ves que este lugar también está para ayudarlas a pensarse desde otro lugar, más allá del rol de mamá (TS Lucía)

El tratamiento de sus hijxs habilita a que las madres se piensen a sí mismas y tengan más registro de su cansancio (TS Maite)

Por último, nos parece importante cerrar con un interrogante que surge a raíz de los relatos de las mujeres-madres ¿Quiénes cuidan a las que cuidan? El Estado no pone a las mujeres-madres-cuidadoras en el centro de sus políticas públicas. Esto puede verse en la ausencia de medidas que promuevan el abordaje en el cuidado de su salud integral. Esto lo podemos vincular con lo que explica Grinberg (2011) quien plantea que actualmente nos encontramos en sociedades de gerenciamiento donde se producen procesos de empoderamiento de la población, basados en la desinstitucionalización y la gestión del sí, donde la adaptación, la gestión y la mejora de la calidad de vida de lxs individuos recae en la comunidad. Es decir, que el cuidado de las mujeres-madres es responsabilidad de ellas mismas, de las redes que ellas mismas generan o de la comunidad, pero no del Estado. Esto se evidencia en cómo las mujeres-madres hacen propio un espacio, que en realidad está pensado para el tratamiento de sus hijxs, ante la falta de lugares que las cuiden y alojen.

Lo dicho hasta aquí, da cuenta de cómo la distribución inequitativa de las tareas de cuidado de sus hijxs, las cuales recaen en las mujeres-madres, tiene como consecuencia la ausencia de tiempos y espacios para su propio cuidado, impactando en la salud física, mental, emocional y corporal. Ahora bien, estas mujeres-madres, no sólo experimentan el impacto de la maternidad y los cuidados intensos hacia sus hijxs, sino que también padecen experiencias de vida atravesadas por la violencia y por la vulnerabilidad, que ponen en riesgo su salud mental, lo cual se analizará en el siguiente apartado.

3.2. Consumos “para mantener la estructura” y repercusiones de la violencia patriarcal

Se evidenció una notable falta de confirmación respecto al uso de medicamentos en la vida cotidiana de las mujeres-madres. No obstante, esta falta de confirmación, o que ante la pregunta al respecto nos brindaron respuestas escuetas en relación con el consumo de medicamentos, también constituye en sí mismo un aspecto digno de análisis. Frente a estos resultados limitados al indagar sobre el consumo de medicamentos entre las mujeres-madres, se tomó la decisión de consultar a las profesionales entrevistadas sobre este tema, quienes destacaron la dificultad de abordarlo en conversaciones directas con las mujeres-madres.

Han observado que estas problemáticas suelen aflorar más frecuentemente durante entrevistas con usuarixs adolescentes, quienes comparten aspectos de sus entornos familiares. A través de esos diálogos, las profesionales podían constatar la presencia de situaciones de alcoholismo entre algunas mujeres-madres, así como la necesidad de medicamentos como el Rivotril© (como nombre comercial más extendido del principio activo clonazepam, una benzodiazepina con propiedades ansiolíticas) para conciliar el sueño. Si bien no se registraron casos de consumo problemático de sustancias entre las mujeres-madres atendidas en el Hospital de Día, sí se identificó un consumo esporádico destinado a “mantener una estructura” (TS Lucía), afirmación que coincide con lo planteado en Recorder y Teodori (2023), trayendo el planteo de Miracco y col. (2010), el cual sostiene que el consumo "puede ser considerado una estrategia de afrontamiento" (Recorder y Teodori, 2023, p.191).

Es importante destacar que, para analizar estas situaciones relatadas, nos posicionamos desde la idea planteada por Pawlowicz, Di Iorio y Touzé (2022) quienes indican que la cuestión del consumo va más allá de las características de las sustancias (si son legales o ilegales, naturales o sintéticas, estimulantes o depresoras), las cantidades, frecuencias y combinaciones, ya que la cuestión del consumo es un proceso socialmente construido de sentidos, de mercados y de regulaciones. En definitiva “el consumo no es solo un problema de drogas sino fundamentalmente de personas, que se vinculan con las sustancias de acuerdo a sus trayectorias de vida y al contexto económico, cultural y social de la época” (p. 2). Asimismo, acordamos con Bianchi (2018) en que el empleo de fármacos en general y de psicofármacos en particular son fenómenos indisolubles de la vida cotidiana en la actualidad, y que por ello son temas recurrentes de agenda, tanto cultural como económica, social y política. También retomamos la línea que plantea que el recurso a psicofármacos es parte de las respuestas farmacológicas para los problemas de la vida, y que esta farmacologización es un proceso que se solapa pero que excede el ámbito estricto de lo médico o de lo medicalizable.

Entonces, ante las respuestas de las trabajadoras sociales, reflexionamos ¿por qué estas situaciones de consumo tienden a ocultarse? Este ocultamiento puede atribuirse, en parte, a la percepción de las mujeres-madres sobre la figura de la Trabajadora Social como una vigilante que podría intervenir y separarlas de sus hijxs ante comportamientos considerados “inapropiados”, lo que se encuentra vinculado al imaginario de control social asociado al Trabajo Social (Lofiego, 2011). Pero, además, puede atribuirse a que el consumo de sustancias, ya sea recetado o no, suele tener una connotación negativa en el contexto de la maternidad, ya que contraviene a la noción de la madre "todopoderosa" que se espera que

pueda manejar cualquier situación. Sin embargo, este consumo existe y, en muchos casos, contribuye a sostener una estructura familiar que demanda un esfuerzo constante y que puede resultar agobiante para las mujeres. Por lo tanto, es necesario reflexionar sobre la dimensión social del consumo de medicamentos y/o sustancias, cuya funcionalidad puede perpetuar la división de género: mientras se asocia el consumo de drogas en hombres como la oportunidad para poner en acto la virilidad, resistencia y desinhibición; en mujeres se percibe como un medio para evitar desbordes emocionales mediante el consumo de drogas legales como alcohol, tranquilizantes o somníferos (Cioffi y Peri 2023).

Volviendo a las respuestas de las mujeres-madres, solo dos de ellas indicaron que han consumido o consumen medicamentos. Una de ellas comentó que consumía medicación recetada para el control arterial, y otra de ellas ha comentado que consumió medicamentos psiquiátricos tras haber intentado suicidarse:

Expresó “me quise matar 3 veces”. Estuvo internada una semana por intentar suicidarse y recibió atención psicológica y psiquiátrica. Comenta que la razón de estos intentos suicidas fue que recibió maltrato por parte del hijo más grande (...) En relación a su tratamiento actualmente, contestó que después del último episodio vivido “la largaron” y ahora tiene que ir al Hospital San Vicente para que la asistan psicólogos, pero “hay que ir para que te den un cartoncito con cuatro sesiones y después ver si hay turno y así, y yo con los chicos y el colegio no puedo” (Fabiana)

La experiencia relatada por la mujer-madre, en primer lugar, testimonia el complejo escenario de violencia atravesado. Sobre este tipo de situaciones, una investigación realizada por Tájer, Gaba y Reid (2013) brinda información clave para reflexionar sobre los padecimientos asociados con la violencia patriarcal. El estudio indica que "la consecuencia más grave de este tipo de violencia es la muerte de la mujer por homicidio, suicidio o accidente asociado, y el femicidio por conexión (hijas/os, parientes, etcétera)" (p.15). El impacto de este tipo de violencia en la salud de las mujeres, abarca un amplio espectro, que va desde malestares generales hasta atentados a la integridad física.

En segundo lugar, el relato permite la reflexión acerca del proceso de salud-padecimiento-atención-cuidado de la entrevistada, ya que luego de estar una semana internada por el intento de suicidio, no ha recibido un seguimiento institucional por la dificultad de acceder a turnos a raíz de su dedicación completa al cuidado de sus hijxs.

Puntualmente, resaltamos el fuerte contenido de la expresión “me largaron” que nos permite reflexionar acerca de ¿Dónde se ha sentido sostenida? ¿Hacia dónde la han largado? Si bien la mujer-madre no ha querido ahondar en la situación, más allá del tratamiento al que hace referencia, no se identifica una detección y acompañamiento temprano de la

problemática padecida por la entrevistada, lo que nos lleva a reflexionar que desde perspectivas médicas hegemónicas y patriarcales aún vigentes "los síntomas de ansiedad, tristeza, enojo, tensión que expresan las mujeres hacia sus condiciones de vida, se han vuelto cada vez más medicalizados en nuestra cultura" (Burin, 2004, p. 3) pero no se trabaja más allá de los episodios de consulta/atención médica.

Un estudio realizado en centros de atención primaria de la salud de la ciudad de Buenos Aires, demostró que el 74% de las mujeres encuestadas vive o ha vivido violencia de género, pero que, al no ser el motivo de la consulta, no fue registrado. Además, el estudio aportó el dato de que el 50% de lxs profesionales consultadxs indicó que no se sentía capaz de intervenir en la situación identificada para que las mujeres sean acompañadas en la problemática de las distintas violencias que viven (Alemán et al, 2010). Esta información a modo de contexto, nos permite profundizar en las violencias ejercidas hacia las mujeres-madres ya que ha sido una característica presente en casi la totalidad de las entrevistas.

Sobre esta cuestión debemos destacar la marcada sensibilización y acción política en torno a los temas de género gracias a la ineludible e histórica lucha de los feminismos y colectivos LGTTBIQ+. Los mismos permitieron avances normativos como la Ley 26.150/2006 de Educación Sexual Integral; la Ley 26.485/2009 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres; la incorporación de la figura de femicidio al Código penal en 2012; la Ley 27.210/2015 de patrocinio jurídico en casos de violencia de género; la Ley 27.499/2019 "Micaela"; Ley 27.610/2021 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, entre otras tantas, cuyo fin es la garantía de la ampliación de derechos (Recorder y Teodori, 2023). No obstante, aun aceptando el gran sendero caminado "es ineludible admitir que el fenómeno de la violencia por motivos de género (VMG), lejos de disminuir, va creciendo en ferocidad y crueldad, y que los daños en mujeres, diversidades y niñeces se perpetúan" (p. 184).

Aunque la recolección de datos de la presente investigación se realizó antes de los cambios de gobierno de diciembre de 2023, es relevante destacar que el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación creado en 2019, ha sido reestructurado como Subsecretaría de Protección contra la Violencia de Género perteneciente al Ministerio de Capital Humano (Ex Ministerio de Desarrollo Social) por un decreto (86/2023) firmado por el actual presidente Javier Milei. Esta medida contrasta con el importante trabajo realizado ya que a pesar de haber representado sólo el 0, 2% del presupuesto anual, el Ministerio anterior

implementó programas exitosos como Acompañar, que brindó independencia económica a más de 350 mil mujeres sobrevivientes de violencia por razones de género.

Una vez plasmado el contexto de los avances, retrocesos y tensiones en materia de violencias de género en el país, continuamos analizando los hallazgos de la investigación posicionándonos en la mencionada ley 26.485/2009, la cual define al concepto de violencia contra las mujeres como

conducta, acción u omisión, que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal (Ley 26.485, ART N°4, 2009)

Dicho concepto también comprende al Estado, o a sus agentes, como posibles perpetradores de la acción. Teniendo en cuenta este artículo, se advierte que casi la totalidad de las mujeres-madres entrevistadas en esta investigación han experimentado algún tipo de violencia. Cuatro de las seis entrevistadas mencionaron tener dificultades o no recibir cuota alimentaria por parte del progenitor de sus hijxs, mientras que dos de ellas compartieron experiencias de violencia física tanto hacia ellas como hacia sus hijxs por parte de sus esposos o ex esposos, como así también violencia simbólica por parte de instituciones judiciales:

Consultamos sobre el padre de SH, e indica que vive en Bolivia. Él no envía pensión alimentaria (Mamá Guerrera)

Sobre el plano económico indica que tiene la cuota alimentaria del papá biológico de G la cual costó mucho conseguir, no se la observó abierta al tema para poder consultarle acerca de la dificultad y/o conflicto tuvo con el progenitor de G para lograr la cuota alimentaria (Marina)

Después de 8 años de violencia de género yo pude salir... no pasa cuota, no pasa un mango o me cortan el Alimento porque él se pone en blanco. Pero yo no quiero saber más nada porque ir al juzgado es una lucha y yo ya no quiero saber más (Leonela)

“Les pegaba a ellxs (sus hijxs) y a mí” Al preguntarle sobre la situación actual con el padre de sus hijxs más grandes, F comenta que es su marido actual. (Fabiana)

Estos relatos dan cuenta de la violencia ejercida hacia las entrevistadas ya que los progenitores de sus hijxs (hombres cis), en el ámbito doméstico, causan daño emocional, perjudican y perturban el pleno desarrollo personal de las mismas (y de sus hijxs), a la vez que limitan los recursos económicos indispensables para vivir una vida digna. Dichas acciones son características de las violencias contra las mujeres de tipo Psicológica y Económica explicadas en la Ley 26.485 artículos Nro. 5 inciso 2 y 4.

A su vez, profesionales del Servicio Social comentaron que, en casos de abuso sexual infantil dentro de la familia, las mujeres suelen enfrentar solas y sin apoyo el proceso legal, sin poder posponer sus responsabilidades de cuidado:

El hospital está recibiendo mucha demanda de casos de violencia de género, de consumo problemático, y se empiezan a visibilizar situaciones de abuso sexual intrafamiliar. Esta última problemática genera una reconfiguración familiar, incertidumbre de la madre de qué hacer ante estas situaciones y hay que trabajar mucho con ellas: “son las madres quienes luchan con abogados y procesos judiciales” (TS Valeria)

Lo expuesto nos lleva a identificar que la violencia no sólo es en el ámbito doméstico, sino que también puede llegar a darse una violencia simbólica en el ámbito institucional, ante la “lucha” a la que se enfrentan las mujeres-madres en el ámbito judicial.

Sólo una entrevistada no mencionó problemas familiares con su actual pareja, pero señaló conflictos entre él y su hijo (paciente del hospital) por los tratos recibidos, lo cual recae en la mujer-madre, ya que es la única en la que confía su hijo:

G indica, “lo traigo yo porque está muy pegado conmigo”. Comenta que D no está apegado al padre y no quiere que lo acompañe al hospital. M opina que esto es producto de que D tiene rencor y está dolido con su padre ya que en su infancia no pasaba tiempo con él porque estaba trabajando. Además, que el padre es exigente con D, no le reconoce las cosas buenas que realiza y tienen discusiones por esto (Gladys)

Todas estas situaciones se relacionan con lo planteado por Hernández Artigas (2018), que describe cómo ciertos grupos sociales, como las mujeres, son oprimidas en múltiples aspectos como lo son la explotación, marginación, desempoderamiento, imperialismo cultural y violencia. Esta última, es considerada una de las más crueles e injustas, y muchas veces no es reconocida como injusticia social. Las mujeres son oprimidas de múltiples maneras, ya sea en el ámbito doméstico, laboral, e institucional, etc. Es aquí que reflexionamos que las violencias aquí relatadas por las entrevistadas como así también por las profesionales del hospital, si bien es multicausal, radica en la cosificación de la mujer como un mero elemento de reproducción humana, encargada del cuidado, ya que facilita la deshumanización de estas y se desempeña el ejercicio de violencia hacia ellas con mayor naturalidad.

3.3. Proyección a futuro

Tomando los aportes de Vaghi (2009) “la dimensión temporal no es neutra, en términos de género” (p. 328), en este sentido, observamos que la pregunta sobre la proyección a futuro movilizó a las mujeres-madres, las colocó en un lugar de incomodidad ya que se

produjo un momento de silencio y reflexión al no tener una respuesta automática, lo cual coincide con lo expuesto en las investigaciones de Fiamberti y Seijas (2019) y Bianchi y Rodríguez Jurado (2019) y refrenda, también en esta investigación, la relevancia de formularla. A continuación, retomamos las voces de las mujeres-madres para dar cuenta de la percepción de su futuro:

Acompañándolo siempre cuando pueda, porque él me lo va a pedir, el día cuando yo no esté va a estar la hermana. Se le preguntó cómo se imaginaba su propio futuro y volvió a contestar que acompañando a D (Marina)

No lo pensé, no sé... (Se quedó unos segundos pensando), la voy a proteger, la voy a ayudar, ella quiere seguir estudiando. (Laura)

Yo creo que G de a poquito va a ir avanzando. Yo lo comparo a cómo entró y cómo está saliendo y es mucho. Ahora puede hablar, se comunica. Yo también cambié. Aproveché mucho. Hay mamás que siempre me preguntan cosas y yo les comparto todo lo que sé. Siempre hay algo para hacer (Marina)

Él va cambiando, me lo va demostrando. Hace cinco años no hablaba nada, y ahora aguanta tres horas de clases, aguanta el “no”. Él va a estar bien, tiene distintas formas de aprendizaje”. Con respecto a su futuro indica “sigo soñando con tener mi casa para mis hijos, tener un campo para mí y otras mamás, y hacer lo que me gusta, ayudar. Y aparte tener más herramientas para sostenerme y a otro” (Leonela)

Yo creo que va a mejorar, tengo la esperanza, va a haber un día que va a poder comprar, que va a poder salir, que va a poder hacer amigos... y yo, no, no sé, no me veo. Quizás en algún momento tenga algún proyecto de peluquería o algún emprendimiento. (Mamá Guerrera)

Los relatos de las mujeres-madres evidencian cómo la proyección de futuro se ve obstaculizada por una serie de factores articulados que reflejan las dinámicas de género arraigadas en la sociedad. La carga desproporcionada sobre las mujeres en lo que respecta al cuidado de sus hijxs, las lleva a estructurar sus proyectos de vida en torno a esta responsabilidad. Esta carga, impuesta por normas sociales y expectativas de género, dificulta que las mujeres-madres visualicen proyectos individuales separados de sus hijxs. Cabe destacar que, aunque se les preguntó de una forma diferenciada cómo se imaginaban el futuro de sus hijxs y el propio, las respuestas de las mujeres-madres reflejaron la imposibilidad de hacer esta diferenciación, no pudiendo pensar en su propio deseo y en proyectos personales, profesionales y laborales.

Lo dicho anteriormente se relaciona con que el reloj social marca tiempos diferenciales para las mujeres y para los hombres, donde el tiempo reproductivo es el que ordena y estructura tanto las actividades cotidianas como los proyectos de vida de las

mujeres-madres. En contraposición para los hombres el tiempo se percibe de manera más autónoma, vinculado principalmente al trabajo remunerado y a la presencia en el ámbito público (Crosetto, Domínguez, Nucci y Soldevila, 2014).

Ahora bien, las mujeres-madres proyectan el futuro con esperanza de que sus hijxs realicen avances y mejoras en su padecimiento, mientras ellas se visualizan acompañando ese proceso. Esto se diferencia de la investigación de Bianchi y Rodríguez Jurado (2019) donde a las mujeres-madres se les ha dificultado imaginar el futuro de sus hijxs, reflejaban una mayor incertidumbre en sus proyecciones. En la presente investigación, la mayoría de las mujeres-madres se proyectaban cuidando y en su rol de madre; solo una de las entrevistadas expresó su proyecto de un emprendimiento, mientras que otra mencionó el deseo de tener una casa propia para sus hijxs, y de un campo para ella compartido con otras mamás. Esto es una diferencia con los resultados de la investigación de Fiamberti y Seijas (2019), en la cual la mayoría de las mujeres-madres visualizaban proyectos vinculados a lo laboral y deseos individuales. Pero un punto de encuentro es que las dos mujeres-madres que tenían un proyecto individual no lo pensaban para cumplirlo en un corto plazo ni en lo inmediato.

La dificultad de pensar proyectos propios es producto de que el tiempo de las mujeres-madres, está confinado al ámbito doméstico, que se caracteriza por ser cíclico, repetitivo y cargado de una afectividad naturalizada e instintiva, lo cual perpetúa una feminidad asociada con el retraso, la inmovilidad e incluso el retroceso (Solana, 2017). Mientras no exista una redistribución equitativa de las responsabilidades de cuidado y el Estado continúe colocando a las mujeres-madres como cuidadoras principales, reforzando estereotipos y perpetuando la exclusión de los hombres de las responsabilidades domésticas, la posibilidad del desarrollo personal y profesional para las mujeres-madres será sumamente obstaculizado. A su vez, posicionándonos desde una perspectiva interseccional, la proyección a futuro se ve comprometida por la variable clase. En un contexto donde las mujeres-madres son las únicas encargadas del cuidado y del sustento económico del hogar, la proyección de un futuro basado en sus deseos personales es difícil de imaginar.

Para finalizar, retomamos los aportes de Pignataro (2022) quien se contrapone a posiciones que piensan el trabajo afectivo, doméstico y de cuidados sólo como espacios opresivos ya que observa una dualidad en estas ya que aun teniendo en cuenta que satisfacen imperativos sociales que ven a las mujeres como “cuidadoras naturales”, la maternidades también “se construyen como espacios de goce y satisfacción personal (...) propongo analizarlos como espacios que también producen identidades y que pueden configurarse como lugares en donde las mujeres se reúnen y disfrutan de un espacio propio” (Pignataro, 2022,

p.113). Por lo tanto, abrimos un interrogante ¿por qué no considerar como válido que estas mujeres-madres proyecten un futuro criando y cuidando a sus hijxs?

En una sociedad capitalista que valora el éxito económico y profesional, es necesario reconocer el cuidado y la maternidad como formas de éxito siempre que sean sea deseadas y equitativas. No solo representa opresión, sino que también ofrecen satisfacción y es desde donde se puede exigir mejores condiciones de vida, para la reproducción humana.

CONCLUSIONES

A lo largo de los capítulos, pudimos dar cuenta de la diferencia y la demanda que implican los cuidados de unx hijx con padecimiento mental, los cuales realizan de forma exclusiva las mujeres-madres. El cuidado de la salud de sus hijxs, sostener el tratamiento, gestionar turnos, adquirir herramientas para evitar o actuar ante las crisis, la angustia frente a la ausencia de respuestas institucionales adecuadas, son algunas de las experiencias por las cuales atraviesan las mujeres-madres, lo cual no es gratuito para su salud mental. Sumado a esto, las mujeres-madres, pertenecientes a las clases populares, son las encargadas de sostener económicamente el hogar, lo que implica una doble jornada laboral que resulta extenuante.

A su vez, se evidenció una escasa red de apoyo en torno al cuidado ejercido por las mujeres-madres, la cual es conformada en su totalidad por hijas, hermanas, suegras y abuelas, lo cual nos invita a reflexionar sobre la feminización de las redes de apoyo. Por este motivo, creemos que la falta de presencia de figuras masculinas, tanto en el cuidado directo de los niñxs y en las redes de apoyo de las mujeres-madres, es un dato que debe estar en el centro del debate sobre la redistribución de los cuidados.

Ahora bien, frente a la soledad con la cual llevan a cabo el cuidado, las mujeres-madres que asisten al hospital tejen redes entre ellas, significando una gran contención y un espacio de autocuidado. Asimismo, como hallazgo de nuestra investigación, lo comunitario emerge como un apoyo para estas mujeres-madres, lo cual nos invita a reflexionar sobre la importancia de enfrentar a una sociedad individualista que nos empuja a maternar en soledad y aislada en nuestros hogares.

Las mujeres-madres entrevistadas han enfrentado una trayectoria institucional marcada por la falta de accesibilidad, la expulsión de diversos hospitales y la falta de respuestas adecuadas a las necesidades de sus hijxs. La escasez de políticas públicas con enfoque comunitario y basado en derechos establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental, favorece la institucionalización y la medicalización. La falta de recursos para instituciones de atención comunitaria lleva a la sobreutilización de espacios de encierro, agravando la deriva institucional de las mujeres-madres y sus hijxs. Esto afecta su salud mental y emocional, vulnera sus derechos y dificulta el acceso a la salud. Sin embargo, por las narrativas recabadas, en los servicios, en los cuales se realizó el campo, el Hospital

ofrece contención, información y tratamiento integral para sus niñxs, aliviando a las madres al encontrar un lugar que responde a sus necesidades y brinda esperanza para el bienestar de sus hijxs. No obstante, el hospital también reproduce mandatos sociales al exigir mayoritariamente los cuidados de los niños a sus madres.

Por otra parte, se reconoció la reconfiguración de los roles maternos frente a la situación de padecimiento mental de sus hijxs, aunque arraigados en tradiciones y aprendizajes. En relación a esta cuestión, identificamos la presencia significativa de figuras maternas en las narrativas de las mujeres-madres que revela la transmisión generacional de roles y responsabilidades. Este fenómeno identificado contribuye a la reproducción de roles sociales y la posición de las mujeres en la sociedad. Aunque esta carga de cuidados se adquiere y practica de manera natural, también puede ser vista como una fuente de poder y un proyecto propio para las mujeres-madres.

Si bien las mujeres de la presente investigación atraviesan una serie de opresiones e imposiciones patriarcales, también advertimos una posición activa que denuncia, resiste y resignifica. Las mujeres-madres llevan a cabo estrategias de comunicación que denuncia la sobrecarga de cuidados para que otrxs integrantes de su familia y su alrededor comprendan la dificultad de sus tareas y el padecimiento mental de sus hijxs, a su vez pone en valor su maternidad. Estas acciones evidencian su no pasividad ante las inequidades que las atraviesan, logran denunciarlas aun aceptando su responsabilidad como madre de sus hijxs.

Profundizando en la salud mental, a través de los relatos de las mujeres-madres entrevistadas se pudo identificar el agotamiento, hartazgo e implícitamente ansiedad e incertidumbre frente a la demanda que implica el cuidado de sus hijxs. Aunque se evidencian pequeñas estrategias cotidianas de autocuidado para contrarrestar estos síntomas, se reconoce que resultan insuficientes. El descuido de la propia salud de las mujeres-madres se encuentra presente en sus relatos, en paralelo con la preocupación constante por el cuidado de la salud de sus hijxs y el cumplimiento del tratamiento.

A su vez, no es posible ignorar los diferentes tipos de violencias que se encuentran expuestas las mujeres-madres. Esta violencia se manifiesta en el ámbito doméstico, donde los progenitores de sus hijxs son productores de daño emocional, así como limitan los recursos económicos necesarios para una vida digna. Además, se advierte la violencia simbólica en el ámbito institucional, especialmente en los procesos judiciales, beneficiando a los progenitores. Por este motivo, consideramos fundamental tener en cuenta cómo la violencia puede impactar en la salud mental de estas mujeres-madres.

Por otra parte, la investigación revela un panorama sobre el consumo de medicamentos y/o sustancias como una forma de atención a sus padecimientos. A pesar del profundo silencio de las mujeres-madres al respecto, en las intervenciones profesionales emerge esta cuestión. Es importante considerar estos consumos cómo una estrategia de las mujeres-madres para enfrentar el cansancio y las exigencias que implican el cuidado y la maternidad.

Por lo dicho hasta aquí, consideramos que la variable de género es central en la discusión sobre la salud mental de las mujeres-madres. Esta perspectiva incorpora el modo en el que las asimetrías sociales ligadas al género determinan los procesos de salud-padecimiento-atención-cuidado y producen vulnerabilidades e inequidades diferenciales en salud. En este sentido, es importante problematizar la sobrecarga de cuidados que experimentan estas mujeres-madres por ser las únicas encargadas del cuidado de unx hijx con padecimiento mental, el cual implica mayor dedicación, presencia, tiempo y desgaste físico y mental. Sobre esto, subrayamos que la maternidad no debe ser sinónimo de sacrificio ni tampoco se la debe experimentar en forma solitaria.

Destacamos que, a pesar de la amplia producción académica feminista, movimientos sociales y grandes avances en la materia, continúan perpetuándose las desigualdades de género en los cuidados y los mandatos en torno a la maternidad. A su vez, nuestra investigación evidencia que, a pesar de que pasaron cinco años de que se publicó la investigación de Fiamberti y Seijas (2019), el cuidado de lxs niñxs con padecimiento mental y el sostenimiento del tratamiento continúa recayendo exclusivamente sobre las mujeres-madres. Sin embargo, evidenciamos que existen algunas diferencias, específicamente en el rol activo que asumen estas mujeres-madres frente a los mandatos que atraviesan los cuidados y la maternidad, mostrando pequeñas acciones de resistencia como hemos mencionado. En este sentido, cuestionamos los enfoques dentro del feminismo que presentan la maternidad únicamente como opresiva, ignorando la resistencia y resignificación que puede haber en la acción de matenar, ya que construyen diversas identidades y subjetividades. Así como la elección de la maternidad como un espacio de satisfacción y de elección como parte de un proyecto.

Se destaca nuevamente que el período de recolección de datos de la presente investigación se desarrolla en un contexto posterior a una pandemia, y previo a ciertos cambios políticos y económicos neoliberales en nuestro país, lo que plantea interrogantes y vigilancia extrema hacia el impacto que pueda tener el corrimiento del Estado en la vida de las mujeres-madres sin protecciones en materia de salud pública y protecciones sociales.

En este sentido, en nuestro análisis fue fundamental evidenciar que el Estado no reconoce ni cuida a las mujeres-madres. La falta de acciones concretas, tanto en políticas públicas como en dispositivos particulares, refleja la omisión de acciones en beneficio de la salud mental de dichas mujeres, llevando a que el cuidado de las mujeres-madres sea responsabilidad de ellas mismas. Estas omisiones son un factor para la perpetuación de estructuras patriarcales que afectan la salud mental y dificulta la vivencia de maternidades construidas desde el goce. Dicho esto, proponemos la necesidad de una organización social del cuidado, donde haya una mayor colaboración comunitaria y una presencia de apoyo estatal adecuado para que las mujeres puedan ejercer su autonomía.

Para finalizar, los resultados expuestos en este trabajo nos interpelan cómo futuras trabajadoras sociales ya que se convierte en un desafío, para el ejercicio profesional, dejar de reproducir los mandatos relacionados a la maternidad y la feminización del cuidado en las intervenciones con las mujeres-madres. Es crucial evitar la culpabilización y las sobreexigencias en las mujeres-madres, comenzando a convocar a las redes de apoyo para redistribuir a las tareas de cuidado. Cómo también comprometernos ética y políticamente en la lucha por los sentidos frente a otras instituciones y profesionales que contribuyen a perpetuar las desigualdades de género.

En este sentido, alentamos a que futuras investigaciones retomen algunas cuestiones que emergieron y/o no pudieron ser abordadas en nuestro trabajo. Mencionamos algunas que pueden enriquecer el conocimiento existente sobre maternidades, cuidados y salud mental: ampliar sobre las experiencias de violencia que padecen las mujeres-madres y su impacto en la salud mental, ahondar sobre la perspectiva que tienen otrxs familiares, cómo abuelas, tías, hermanas, las figuras masculinas y los propios hijxs sobre el rol que ejercen las mujeres-madres, profundizar sobre la cuestión del uso y consumo de medicación/sustancias y el rol de lo comunitario en el cuidado de las mujeres-madres.

BIBLIOGRAFÍA

- Alemán, M. Vernaz, D. Tilli, G. Mazur, V. Rossi Sammartino, B. Marconi, A. Antman, J. (2010). Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en Ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina De Salud Pública*, 1(5), 22–27. Recuperado a partir de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/409>
- Alonso Berdún, A. (2023). Resiliencia en padres de hijos con Trastorno del Espectro Autista (TEA): una aproximación multifactorial. *EDUCA International Journal*, 2 (3), 299-325. <https://doi.org/10.55040/educa.v3i2.69>
- Ameigeiras, A. (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En Vasilachis Gialdino, I (Coord.) Estrategias de investigación cualitativa. Gedisa. Barcelona.
- Ander-Egg, E. (2011) *Aprender a investigar: nociones básicas para la investigación social*. - 1a ed. - Córdoba: Brujas.
- Arguiano P., Azzerboni C., Martínez, G., Muñoz, M. (2023). Las incordiosas. En A. Alli, J. Burriel y M. Reynoso (comp.) Salud Mental y Géneros. Una perspectiva transfeminista (pp 41-51). Acercándonos Ediciones.
- Arias, C. (2004). Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Personas de Edad. Mar del Plata: Suárez.
- Badinter, E. (1981). ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX. Barcelona: Paidós-Pomare. 311 pp. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ExisteElAmorMaternalHistoriaDelAmorMaternalSiglosX-7247544.pdf>
- Barcala, A. (2018) Políticas de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En Faraone, S y Bianchi, E (Comp.) Medicalización, salud mental e infancias. Teseo. Recuperado en: <https://www.teseopress.com/medicalizacion/chapter/politicas-de-salud-mental-en-la-ciudad-autonoma-de-buenos-aires-su-participacion-en-los-procesos-de-medicalizacion-del-sufrimiento-psiquico-de-ninas-y-ninos/>
- Barriga, S. (1979): Comunicación leída, en la Tercera Semana de Psicosociología. Universidad Autónoma de Barcelona, mayo de 1979. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/200610-Texto%20del%20art%C3%ADculo-268250-1-10-20100916.pdf>
- Basaglia, F. (1983). *Mujer, locura y sociedad*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla. (Colección La mitad del mundo)
- Butler, J. (2010). *Deshacer el género*. Barcelona, Paidós.
- Bianchi, E. y Faraone, S. (2018) Diagnósticos y fármacos en la infancia: una perspectiva analítica desde las ciencias sociales; Teseo. Disponible en: <https://www.teseopress.com/medicalizacion/chapter/diagnosticos-y-farmacos-en-las-infancias-una-perspectiva-analitica-desde-las-ciencias-sociales/>
- Bianchi, E. (2018). Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad* 8(2) 214-257. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v8n2/1688-7026-pcs-8-02-147.pdf>
- Bianchi, E. y Rodríguez Jurado, S. (2019). Biomedicalización de los tiempos: terapéuticas, biosocialidades y cuidados cotidianos en familias de niños y niñas con diagnóstico de TEA en Buenos Aires. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Sw4HXN64fgZHyNqYPss6Qs/?lang=es&format=pdf>
- Bianchi, E. y Sabin Paz, M. (2023). “Diagnósticos, fármacos y mujeres internadas en un hospital neuropsiquiátrico. Estudio en la provincia de Buenos Aires, Argentina (2010-2019)”. *Revista Estudios Feministas*. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina. 2023 vol.1 n°1. p1 – 26. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ref/a/qh8FzJgRGFFHNJbFYJyYnS/>
- Bolla, L., Parra, F., Torno, C. (2020). El trabajo doméstico y la opresión de las mujeres en la teoría de Silvia Federici. Disponible en: <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.4573/pm.4573.pdf>
- Bourdieu, P. (1977). *La ilusión biográfica. Razones Prácticas*. España, Anagrama, Colección Argumentos.
- Brah, A. (2011) *Cartografías de la diáspora. Identidades en cuestión*. Madrid: Traficantes de sueños.

- Brandão, T. (2022). Género y salud mental materna en pandemia: cuando la violencia es del sistema, Methadados. *Revista de ciencias sociales*, 10 (1): 42-57. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.521>
- Brandariz, C. (2023). El cuidado desde una perspectiva de derechos. En Allí, A. (Ed) *Salud Mental y Géneros. Una perspectiva transfeminista* (pp 203-211). Acercándonos Ediciones.
- Buján, R. y Vega, C. (2021). El ámbito comunitario en la organización social del cuidado. *Revista Española De Sociología*, 30(2), a25. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.25>
- Burín, M. (2010). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. Clase dictada en la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf
- Burín, M. (2004) La excesiva prescripción de tranquilizantes a mujeres, forma de control social. *Revista Triple Jornada - N°72*. Disponible en: https://www.jornada.com.mx/2004/08/02/pdf/pdf_paginas/P3Tri72.pdf
- Campos, J. (1996). *Redes y el trabajo social*. Taula: Quaderns Pensament (UIB) 25-26.
- Caponi, S. (2019). “Scientia Sexualis. El lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría”. En Miranda, M. (Comp.). *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental*. (pp. 19-48). EDULP. Disponible en: <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/1176>
- Casuso, M. y Almenara, C. (2019). Proceso de adaptación de padres y madres de hijos diagnosticados dentro del trastorno del espectro autista. *Perspectiva De Familia*, 3, 25-44. <https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/perspectiva/article/view/176>
- CELS (2024). Informe de La Cocina de los Cuidados. Disponibles: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2024/04/LCDLC-INFORME-1-1-1.pdf>
- Ceminari, Y. y Stolkiner, A. (2018). El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-122/142.pdf>
- Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad*, Barcelona, Editorial Gedisa. (Primera edición en inglés en 1978, Universidad de California). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3939662&pid=S1669-3248200600020000500006&lng=es
- Cioffi, E. y Peri, M. C. (2023) Consumir masculinidades. Masculinidades y roles de cuidado en el abordaje del consumo problemático de drogas. En Allí, A. (Ed) *Salud Mental y Géneros. Una perspectiva transfeminista* (pp 157-166). Acercándonos Ediciones.
- Climent Clemente, M. (2018). Interseccionalidad en Salud Mental. En Climent Clement, M y Carmona Osorio, M. (Coords.) *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. (p. 249-271). Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/05/AEN-Digital-5-Transpsiquiatri%C3%81a.pdf>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, XIV, 201-209. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>
- Conrad, P., Bandini, J y Vasques, A. (2016). Illness and the Internet: From Private to Public Experience. *Health*, 20(1), 22-32.
- Conrad, P. y Stults, C. (2010). Internet and the experience of illness. In: Bird C, Conrad P, Fremont A, et al. (eds) *Handbook of Medical Sociology*. Vanderbilt University Press, p. 179-191.
- Consejo Asesor de Salud Adolescente y Juvenil (2021) “Primer Diagnostico Federal”. Recuperado de: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-06/primer_diagnostico_federal-CONSAJU.pdf
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics, *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139-167.
- Crosetto, R., Domínguez, A., Nucci, N. y Soldevila, A. (2014). Intersecciones familia y género en relación a las políticas públicas. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 6, 133-153. Disponible en: https://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/juridicasysoc-uc/20190206074324/RLEF6_Completa.pdf

- Cuesta, L. (2008) Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. Disponible en: https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/14275/CL_07_%282008%29_11.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- D'Elia, A, Colángelo, J. (2023). Sobre objetos, brujas, histéricas y locas. En Allí A. (Ed) Salud Mental y Géneros. Una perspectiva transfeminista (pp 23-38). Acercándonos Ediciones.
- Di Ieso, L. (2018). Complejidades del cuidar: Indagaciones desde un contexto de segregación urbana. Revista de Políticas Sociales. Disponible en: <http://www.publicacionesperiodicas.unm.edu.ar/ojs/index.php/rps/article/view/37/16>
- Díaz Lozano, J. (2020) Triple presencia femenina en torno a los trabajos: mujeres de sectores populares, participación política y sostenibilidad de la vida. Tempo e Argumento, Florianópolis. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/140358/CONICET_Digital_Nro.0fbec84-d14d-497c-9d03-6d193e0d1508_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Elizalde, I. (2022) Maternidad y salud mental: reflexiones desde el trabajo social. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. N° 24. Disponible en: https://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2023/02/11_Elizalde.pdf
- Estévez, M. y Millet, A. (2014) La internación neuropsiquiátrica, un camino hacia la “tranquilidad”. Trabajo de Investigación Final, Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 2014.
- Faraone, S. (2012) El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción. En: Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. N° 4, Año 2, 2012. pp. 47-61.
- Faraone, S. (2013). Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. Salud Mental y Comunidad-UNLa, 3. 29-40. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf>
- Faur, E. (2009). Organización social del cuidado infantil en la Ciudad de Buenos Aires: el rol de las instituciones públicas y privadas. 2005-2008 Tesis doctoral, FLACSO/Buenos Aires.
- Federici, S. (2010). Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de Sueños. Disponible en: <https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban%20y%20la%20bruja-TdS.pdf>
- Fernández, A. (1993) La Mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires, Paidós, 1993.
- Fiamberti, A. C. y Seijas, C. (2019). Maternidad y salud mental: mujeres-madres de niños y/o adolescentes con diagnóstico de salud mental. Repositorio Digital Institucional Facultad de Ciencias Sociales-UBA, consulta 18 de mayo de 2024, <https://repositorio.sociales.uba.ar/items/show/3021>.
- Fumagalli, C. (1987) Teoría del Rol. Clase no 17 9/9/87. Primera escuela Privada de Psicología Social fundada por el Dr Enrique Pichón-Riviere.
- Gherardi, N.; Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2012) “De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública.” Estudio de opinión sobre la organización del cuidado/ - 1a ed. - Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género - ELA.
- Grinberg, S. (2011). Gubernamentalidad y educación en tiempos de gerenciamiento. Reflexiones en torno de la experiencia de los dispositivos pedagógicos en contextos de extrema pobreza urbana Presentado en: VIII Encuentro de Cátedras de Pedagogía de Universidades Nacionales Argentinas. Disponible en: https://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/32354/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Guardiola, M. C. (2016). La maternidad tardía: Expresión contemporánea del patriarcado occidental. Antropología Experimental, (16). Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/2241/2510>
- Hernández Artigas, A. (2018). Oposición e interseccionalidad. *Dilemata*, (26), 275–284. Recuperado a partir de <https://dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000196>
- Hernández Bello, A. (2009). El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. Gerencia y Políticas de Salud, 17(8), 173-185. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514009011>
- Iriart, C. y otros (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Revista Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(2), 2002. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11619.pdf>

- Izquierdo, M. (2003). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. Disponible en: https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/Socializacion_del_cuidado.pdf
- Krmpotic, C. y Di Ieso, L. (2010). Los cuidados familiares. Aspectos de la reproducción social a la luz de la desigualdad de género. *Revista Katálisis*, vol. 13, núm. 1, , pp. 95-101. Universida de Federal de Santa Catarin. Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/1796/179615654011.pdf>
- Kuhaneck, H. M. et al. (2010). A qualitative study of coping in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, London, v. 30, n. 4, p. 340-350.
- Lagarde, M. (2003). Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. *Revista Emakunde* N° 53, p. 10-13. Vitoria-Gasteiz: Instituto Vasco de la Mujer. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/catalogo/doc/2003/143313102.pdf>
- Lamas, M. (2007). El género es cultura en: Campus de Cooperación Cultural Euroamericano. Disponible en: http://www.paginaspersonales.unam.mx/app/webroot/files/981/El_genero_es_cultura_Martha_Lamas.pdf
- Laurell, A. (1986). El estudio Social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales, 37. Disponible en: https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_estudio_social_del_proceso_salud_enfermedad_en_america_latina_autora_asa_crsitina_laurell.pdf.
- Lofiego, N. (2011) Tras el cumplimiento del derecho a la Educación. En: Revista de Trabajo Social “El Aluvión”-Año 3- N° 4, pp. 9-11
- Lozano Estivalis, M. (2002). La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente: manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las nuevas tecnologías de reproducción. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/4171#page=1>
- Macha, M. (2023). Cuatro escenas sobre salud mental y aborto. En Allí A. (Ed) *Salud Mental y Géneros. Una perspectiva transfeminista* (pp 157-166). Acercándonos Ediciones
- Marcús, J. (2003). Por nuestras hijas, vínculos en las familias. en: Margulis, M., y otros, *Juventud, cultura, sexualidad. La dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*, Buenos Aires, Editorial Biblos.
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad *Rev. argent. sociol.* v.4 n.7 Buenos Aires jul./dic. 2006. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-32482006000200005&script=sci_arttext
- Mendizábal, N. (2007) Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En: Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa: Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1994). “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?” *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, La Plata, 1(1): 9-32, Enero – Abril. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2005.v1n1/9-32/es>
- Menéndez, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, (58), 104-113. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&tlng=e
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73123964003>
- Miracco, M. y col. (2010). Estrategias de afrontamiento en mujeres maltratadas: la percepción del proceso por parte de las mujeres. *Anuario de investigaciones*, Facultad de Psicología-UBA, vol. XVII, pp 253-266.
- Miranda, M. (2011). Controlar lo incontrolable. Una historia de la sexualidad en Argentina. Buenos Aires, Biblos.
- Moscovici, S. (1979). “*El psicoanálisis, su imagen y su público*”. Buenos Aires, Ed. Huemul S.A.
- Muñoz, N. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Revista Salud Colectiva* .Disponible en:<http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/242/231>

- Naciones Unidas (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Disponible en: <https://amsm.es/wp-content/uploads/2017/07/informe-del-relator-de-la-onu.pdf>
- Naciones Unidas (2022). Segunda Encuesta de las Naciones Unidas sobre Juventudes de América Latina y el Caribe dentro del Contexto de la Pandemia del COVID-19. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/6e86e9db-5728-4add-b622-c592e58deb3d/content>
- Naciones Unidas (2024). Perfil regional de igualdad de género para América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-03/onu-perfilregionaligualdadgenero.pdf>
- Nadur, Y. (2023). La centralidad de los cuidados en salud mental y su carácter ¿colectivo?. En Allí A. (Ed) Salud Mental y Géneros. Una perspectiva transfeminista (pp 213-220). Acercándonos Ediciones.
- Nari, M. (2004). Políticas de la maternidad y maternalismo político: Buenos Aires (1890- 1940) - 1a. ed. - Buenos Aires, Biblos.
- O'Reilly, A. (2021). Matricentric Feminism: Theory, Activism, Practice. Demeter press.
- OMS (1946). Constitución de la organización mundial de la salud. Recuperado de: <https://www3.paho.org/gut/dmdocuments/Constituci%C3%B3n%20de%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la%20Salud.pdf>
- OMS (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
- OMS (2020). Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental. Comunicado de prensa. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Ordoñez Fernández, M. y González Sánchez, P. (2012). Las víctimas invisibles de la Violencia de Género. Rev Clin Med Fam. v.5, n.1, pp.30-36. 2012. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v5n1/especial2.pdf>.
- Ortega, P., Salguero, A., & Garrido Garduño, A. (2007). "Discapacidad: paternidad y cambios familiares." Avances en Psicología Latinoamericana, Vol. 25, núm.1, pp.118-125 [Consultado: 13 de Abril de 2024]. ISSN: 1794-4724. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902511>
- Palomar Vereas, C. (2004). Malas Madres: la construcción social de la maternidad. En <https://es.scribd.com/document/337313373/Malas-madres-pdf>
- Pawlowicz M. P; Di Iorio J. y Touzé, G. (2022). El movimiento de reducción de daños: hacia regulaciones no punitivistas - Revista Salud Mental y comunidad - Año 9, Nro 12. p113-118 Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/204955/CONICET_Digital_Nro.27587c18-f4cd-4903-8277-40785e0b9cff_C.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Perez Orozco, A. (2006). Amenaza Tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico.Revista de Economía Crítica, nº 5. pp 7-37. Disponible en: https://www.observatoridesc.org/sites/default/files/1_amenaza_tormenta.pdf
- Pignataro G. (2022). Madres, cuidadoras y superheroínas: representaciones de feminidad en una escuela secundaria. Año XX N° XXXII// Julio 2022 - ISSN 0327-6627-ISSN (en línea) 2250-7671. Disponible en: <https://publicar.cganthropologia.org.ar/index.php/revista/article/view/414/330>
- Pombo, M. (2010) El trabajo doméstico y de cuidados no remunerado desde la perspectiva de las mujeres del Barrio Charrúa: desigualdades y resistencias en el ámbito de la domesticidad y la reproducción. Disponible en: <https://static.ides.org.ar/archivo/www/2012/04/artic252.pdf>
- Pozo Cabanillas, P., Sarriá Sánchez, E. y Méndez Zaballós, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. Psicothema 18(3), 342-347. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3220.pdf>
- Rabinow, P. (1996). Essays on the Anthropology of Reason.Princeton, Princeton University Press
- Recorder, M. L. y Teodori, C. (2023). Violencia por motivos de género en el campo de la salud. Un entramado de categorías, problemas y experiencias. En Allí A. (Ed) Salud Mental y Géneros. Una perspectiva transfeminista (pp 181-200). Acercándonos Ediciones. Disponible en

<https://www.acercandonoscultura.com.ar/libro-283-salud-mental-y-generos-una-perspectiva-transfeminista.html>

Rich, A. (2019). Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución. Disponible en :https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map54_Rich_web_2.pdf

Samter, N. (2017). El Método de las Comparaciones Constantes, aporte para la generación de conocimiento desde el trabajo social. Ejemplos de investigación en el campo gerontológico con el uso del Atlas.ti 6. Apunte de Cátedra. Metodología de la Investigación Social II, 2017.

Sardi, V.(2022). El lenguaje inclusivo cómo política de reconocimiento identitario en el marco de la ESI. Cuadernos de Literatura, 19, 215-223. En Memoria Académica. Disponible en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.15264/pr.15264.pdf

Sautu, R. (2001). “Acerca de qué es y qué no es investigación científica en ciencias sociales” - Capítulo 8. Disponible en: <http://metodo1.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/164/2014/10/Sautu.-Acerca-de-qué-es-y-no-es-investigación-científica-en-ciencias-sociales.pdf>

Serrano, D. y Villa, L. (2017). Cambios en las dinámicas familiares ante un hijo o una hija con discapacidad cognitiva. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales, Psicología, Cali. Disponible en:<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/feeabbc1-e0d0-4ef5-a66e-3aed2d7ce1c4/content>

Sluzki, C. (1996). La red social: frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa.

Smeha, L.N. y Cezar, P.K. (2011). La experiencia de maternidad de madres de niños con autismo. Psicología en estudio, 16 (1), 43–50. Marzo de 2011; 16 (1): 43–50. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/pe/a/QypM8WrpBcGX9LnwfvqgWpK/>

Solana, M. (2017). Asincronía y crononormatividad. Apuntes sobre la idea de temporalidad queer. En El banquete de los Dioses Sexo, deseo, placer: discusiones sobre diversidad sexual y pensamiento queer en la filosofía y la teoría contemporáneas - Volumen 5 N° 7. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/ebdld/article/view/2431/2052>

Tájer, D.; Gaba, Ma. y Reid, G. (2013). Impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres: una investigación en la ciudad de Buenos Aires. Informe de Investigación. Buenos Aires: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Disponible en: http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen12_2/Impactoviolenciadegenero.pdf

Uric Navarrete, K. (2018). La “Mala Madre”: El deber ser de la maternidad. Tesis de grado en Trabajo Social, Universidad Católica Silva Enríquez. Repositorio UCSH. Disponible en: <http://repositorio.ucsh.cl/bitstream/handle/ucsh/689/122570.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vaghi, A. (2009). Tiempo. En S. Gamba (Coord.), Diccionario de estudios de género y feminismos. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.

Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (1991). *Arqueología de la escuela*. Madrid: La Piqueta.

Vieytes, R. (2009) “Campos de Aplicación y decisiones de diseño en la investigación cualitativa.” En Merlino, A. (coord.). Investigación cualitativa en Ciencias Sociales. Cengage Learning: Buenos Aires.

Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate Feminista, 1-17. Disponible en: https://debatefeminista.cieg.unam.mx/df_ojs/index.php/debate_feminista/article/view/2077/1871

Yañez, S. (2013). De la casa de brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad. Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences, 37(1), [fecha de Consulta 13 de Abril de 2024]. ISSN: 1578-6730. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18127803015>

Zerilli, L. (1996). Un proceso sin sujeto : Simone de Beauvoir y Julia Kristeva, sobre la maternidad - Madrid - Disponible en : <http://catalogo.bibliotecas.gob.ar/pergamo/opac/cgi-bin/pgopac.cgi?VDOC=1.150310-null>

Marco Normativo

Ley 25.326. Ley de Protección de los Datos Personales (2000). Publicada en el Boletín Nacional, 2 de noviembre de 2000. Argentina. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/norma.htm>

Ley 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (2009). Publicada en el Boletín Nacional, 14 de abril de 2009. Argentina. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental (2010). Publicada en el Boletín Nacional, 03 de diciembre de 2010. Argentina. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.

Resolución 2857/2006 [Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas]. Lineamiento para el comportamiento ético de las ciencias sociales y humanidades. 11 de diciembre de 2006. Disponible en: <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/RD-20061211-2857.pdf>

Resolución 1480/2011 [Ministerio de Salud de la Nación]. Guía para Investigaciones con Seres Humanos. 21 de septiembre de 2011. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/187206/norma.htm>

ANEXOS

ANEXO N° 1: REGISTRO DE ENTREVISTA A MUJER-MADRE (07/09/2023)

Entrevista a Fabiana: Madre de Ignacio y Brandon

La entrevista se llevó a cabo en el hospital, dentro del servicio social, en uno de los consultorios. Participaron Antonella, Mariana, Valeria y Fabiana. Empezó a las 12 hs, mientras los hijos de Fabiana se encontraban realizando una de sus terapias. Fabiana entró al consultorio con el mate y su cartera, le dijimos que lo podía dejar en el escritorio, pero dijo que estaba bien y que estaba acostumbrada. En ningún momento de la entrevista se sacó la cartera y no quiso dejar el termo y el mate, mantuvo una actitud activa y lista para irse, si los hijos terminaban con la terapia. Además, en algunos momentos le sonaba el teléfono y ella lo miraba.

Núcleo familiar:

Fabiana cuenta que convive con sus 4 hijos varones (22,18,15,10 años de edad), su marido y hace poco se mudaron la nuera y sus nietos ya que el hijo mayor está construyendo su casa. Viven en Alejandro Korn, Provincia de Buenos Aires. Además, tiene una hija de 25 años de edad, que no convive con ellos. Fabiana tiene a su hijo Ignacio (15 años) y su hijo Brandon (10 años), en tratamiento por salud mental en el Hospital

Tratamiento:

Fabiana relató que ya conocía el Hospital por el tratamiento de Ignacio. En un principio Ignacio se atendió en un hospital de Avellaneda, pero Fabiana notaba que no lo medicaban y que su hijo necesitaba un tratamiento “más profundo”, por eso habló con la psicóloga y los derivaron al establecimiento. Ante la pregunta de qué preocupación motivó la consulta con profesionales, explica que empezó a llevar a Ignacio al médico a partir de los 6 años (al igual que Brandon) ya que notaba “malos” comportamientos, como por ejemplo no aprender a escribir, ni a leer, gritar, golpear y no tener amigos. Fabiana comenta que su experiencia con los profesionales fue buena y la ayudaron un montón.

Al preguntarle sobre el diagnóstico de sus hijos, contesta que el otro día le hablaron de un diagnóstico pero que no recordaba ya que tenía un nombre raro, en palabras de ella *“medio raro el nombre de la enfermedad que tiene Ignacio*. Por un lado, relata que Ignacio tiene crisis de nervios, quiere pegarte y se olvida de dónde deja las cosas y eso lo pone violento, por otro lado, Brandon tiene “malas” conductas, no le gusta que le pongan límites y también quiere pegar. Nos dice que el diagnóstico siempre fue el mismo.

Al preguntarle sobre el CUD, comenta que sabe lo que es y que sus hijos lo tienen, no tuvieron ningún problema para tramitarlo y que presentó todos los papeles que le dieron la atención en psicología, la psiquiatría y la pensión.

Rutinas

Fabiana relata que su día empieza a las 4 o 5 de la mañana ya que más de eso no puede dormir. Lleva a sus hijos a la escuela (los cuales van a diferente escuela, en diferente horario), llega a su casa y se pone a lavar, cocinar, se toma unos mates y va a buscar a los hijos al colegio y hace los mandados. Al preguntarle cómo se reparten las tareas en la casa, explica que ella hace todo sola, sus hijos no la ayudan en las tareas, se queja de que están mucho con el celular y nos comenta que Ignacio no puede hacer muchas cosas solo, quien lo baña y cambia es Fabiana. Hace un mes que se mudó la nuera y ella la ayuda un poco en las tareas de la casa.

Fabiana trabajaba en una cooperativa como ayudante de albañil, pero tuvo que dejar de trabajar por un problema en el brazo y en la pierna, tiene dolores fuertes que no la dejan dormir pero que está con controles médicos. Ante esto comenta *“pero siempre estoy para ellos, no soy de faltar al tratamiento de mis hijos”*.

Con respecto al tratamiento de sus dos hijos, Fabiana comenta que los martes asisten al hospital hasta las 14 hs. para que ellos tengan psicóloga, psiquiatra, fonoaudiología, psicopedagogía, dentista (1 vez por mes), pediatra (1 vez por mes), y talleres de cocina. Quien se encarga de llevarlos al tratamiento siempre es ella, *“... Porque el papá nada, no lo cuento porque no ayuda en nada, hago todo yo sola...”*

Cuando le preguntamos sobre qué es para ella cuidar a sus hijos, contestó que se siente mal por el comportamiento de sus hijos, que a veces se pregunta qué hizo mal cómo mamá y porque le pasa todo esto a ella, en palabras de ella: *“yo que hago todo, no me valoran cómo mamá... lo entiendo por el problema de ellos”*. Remarcó que a pesar de esto está orgullosa de sus hijos y que hasta el final va a seguir cómo mamá.

Redes de apoyo:

Cuando le consultamos sobre sus redes de apoyo, Fabiana comentó que tiene una amiga, con la cual toma mate, que vive cerca pero que ahora se mudó y no tiene con quien hablar, al decir esto miró para abajo y suspiró, pero rápidamente sonrió para hacer la frase algo más anecdótico que triste. Refiere que a veces quiere irse de su casa y se va a dar vueltas a la plaza, que tiene cerca: *“...a veces no doy más, no los soporto y para no gritarles me voy a dar unas vueltas, tomar aire... y cuando llego están más quietos...porque se dan cuenta que me necesitan, y le preguntan al papá donde estoy y el papá me llama y voy.”*

Además, comentó que hablaba a veces con las mamás de la escuela de sus hijos o toma mate con las mamás que asisten al hospital, mientras sus hijos están en las terapias. Al preguntarle si tiene personas que la acompañen diariamente, contesta ella está sola, *“siempre todo yo”* y no recibe ayuda de nadie, tampoco recibe ayuda económica de familiares o conocidos. Además, no participa del grupo de familiares que realizan en el hospital, solo asiste a la psicóloga familiar.

Sentidos del rol materno:

Ante la pregunta de qué es lo más desafiante de cuidar a sus hijos contestó que a veces habla con otras mamás del hospital, que necesitan una semana libre o vacaciones y comenta *“a veces me duermo del cansancio, me duermo parada o en el colectivo”*. Cuando se le consultó cómo se considera cómo madre, Fabiana hizo un breve silencio y respondió *“me considero buena madre, tendrías que preguntarles a ellos, lo poco que tengo lo reparto entre mis hijos”* y agrega *“no me importa que no me valoren, yo les voy a dar todo”*. Además, comenta que ella se pregunta *“¿qué pasará cuando yo me muera?, siempre la mamá es importante y el ¿papá cuándo?”*. Sobre esta frase, agrega que tanto Ignacio como Brandon *“tienen adoración por el papá”* que a él si lo respetan y lo tratan bien, pero que siempre las crisis nerviosas son recibidas por ella.

Fabiana relata que hubo diferencia entre el cuidado de Ignacio y Brandon y el resto de sus hijos ya que los más grandes sufrieron un montón porque el papá *“llegaba borracho, falopeado les pegaba a ellos y a mí”*. Comenta *“a veces me pongo a pensar porque Ignacio y Brandon tienen esos problemas si no vivieron todo esto y los tres más grandes si lo sufrieron”*. Al preguntarle sobre la situación actual con el padre de sus hijos más grandes, Fabiana comenta que es el padre de los cinco y es su marido actual.

Al preguntarle si recibe opiniones de su entorno sobre su rol cómo madre comenta que en la escuela de sus hijos le dicen *“me tengo que sacar el sombrero”* y la nuera también le dice *“ojalá mi mamá hubiera sido cómo vos”*, reconociendo todo el esfuerzo que hace por sus hijos.

Percepción de su salud

Con respecto a la salud física, explica que tiene quistes en los pechos y que está con tratamiento pero que asiste al médico cuando puede. De las emociones y sentimientos comenta que está *“re agotada, a veces estoy bien y a veces triste”*. Al preguntarle qué es lo que la tiene angustiada, hizo un silencio y se le llenaron los ojos de lágrimas, explica que extraña mucho la pérdida de su mamá, la cual falleció hace 20 años, ya que era un apoyo para Fabiana y comenta que muchas veces le ha dicho a Ignacio y a Brandon *“la que siempre estuvo fue la abuela”* ya que ellos no la conocieron, pero que sus hijos más grandes sí y han estado igual de tristes que Fabiana.

Cuando se le preguntó si toma medicación, indica que actualmente no pero que anteriormente tras intentos de suicidios. Expresó *“me quise matar 3 veces”* y estuvo internada una semana por intentar suicidarse y estuvo con psicóloga y psiquiatra. Comenta que la razón de estos intentos suicidas fue que recibió maltrato por parte del hijo más grande, el cual tenía problemas de consumo problemático de drogas y alcohol. Al preguntarle si su hijo tuvo tratamiento por el consumo, contestó que no, solo se curó cuando conoció a su actual nuera. También se le preguntó si cuando tuvo estos intentos de suicidio Ignacio y Brandon *“ya estaban”* y contestó que sí, que quien se quedó con ellos fue la hija. Ante esto, agrega que la chica se fue justamente de la casa de ellos porque Ignacio no la dejaba en paz, le pagaba y la maltrataba, por eso se fue a Grand Bourg sola. En relación a su tratamiento actualmente, contestó que después del episodio vivido *“la largaron”* y ahora tiene que ir al Hospital San Vicente para que la asistan psicólogos, pero *“hay que ir para que te den un cartoncito con cuatro sesiones y después ver si hay turno y así, y yo con los chicos y el colegio no puedo”*

Autocuidado

Fabiana refiere no tener ningún espacio o momento para ella, *“no estoy en el momento para decir “2 horas para mí”... ¡Ignacio te ahoga! si no estás haciendo cosas para ellos o para la casa te quedás con el celular y él ya está ahí espiando “¿Quién te mandó un mensaje?!” me dice, y está ahí al lado tuyo todo el tiempo...”* e indica que desea hacerse ese espacio para ella. Cuando se le preguntó si posterga alguna actividad por el cuidado de sus hijos, Fabiana miró fijo al suelo y dijo *“... Y con decirte que ni de vacaciones pudimos ir bien...”* y empezó a relatar unas vacaciones familiares en Mar del Plata, la cuál ha sido para ella una mala experiencia ya que Ignacio tuvo una crisis y se quería tirar del sexto piso del hotel en donde estaban.

Preguntas sobre el futuro

Ante la pregunta de cómo se veía hacia adelante con respecto al tratamiento, respondió *“con el tratamiento que sigan hasta el final, yo hasta los dieciocho voy a seguir con el tratamiento, después si ellos quieren seguir bien, pero yo por el rol de madre voy a seguir con el tratamiento porque les hace bien”*. Además agrega que tiene que ver el camino de cada uno, explica que Brandon tiene más retraso, *“imaginate que duerme conmigo, no lo puedo sacar”* y Ignacio es más vivo. Comenta que tiene que enseñarles para el día de mañana *“si el día de mañana no estoy, tengo que dejarles algo, que se queden con la pensión, que puedan manejarse Ignacio aunque sea sabe usar el celular maneja Mercado Pago todo, Brandon no”*.

Para finalizar la entrevista le preguntamos cuál es el balance que hace del recorrido con su hijo, comenta que lo bueno son los doctores que les tocó a sus hijos, *“cómo estos doctores no voy a conseguir”*, dice que se lleva un lindo recuerdo.

Cierre:

Siendo las 13 hs, recibe un llamado de uno de sus hijos preguntando donde estaba ya que había terminado la terapia en la cual estaba. Le comentamos que ya la entrevista había terminado y le preguntamos si quería que le pusieramos algún nombre ficticio y respondió que le inventemos el que queramos y si queríamos le podíamos dejar su nombre. Apurada por ir a buscar a sus hijos, nos despedimos y nos deseó suerte con nuestros estudios.

ANEXO N°2: CONSENTIMIENTO INFORMADO (para profesionales)

	UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Carrera de Trabajo Social Trabajo de Investigación Final Consentimiento Informado
---	--

Formulario de Consentimiento Informado a profesionales:

Luego de haber sido debidamente informado/a de los objetivos y procedimientos de esta investigación titulada "*Maternidades y salud mental: la mirada de quienes hacen más que cuidar*", y mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento libre e informado para ser entrevistado/a para el estudio que están llevando adelante las estudiantes Antonella Frias y Mariana Mulek, bajo la Dirección de la Dra. Eugenia Bianchi (UBA-CONICET) y la Co-Dirección de la Lic. y profesora en Ciencias de la Comunicación Milagros L. Oberti (UBA).

Entiendo que al ser entrevistado/a se me harán preguntas acerca de diferentes aspectos relacionados con mi intervención profesional dentro del Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires y sobre mis experiencias y percepciones acerca de las maternidades de las mujeres-madres que asisten al hospital, acompañando a sus hijos.

La entrevista está planificada para alrededor de una hora de duración, aunque la prioridad es adaptarse al tiempo que tenga disponible, incluso si ello implica realizar más de un encuentro. Durante la misma podré realizar cualquier pregunta que me surja en relación a lo que se indaga. Es también de mi conocimiento que las entrevistadoras pueden ponerse en contacto conmigo en el futuro a fin de obtener más información. He concedido esta entrevista sin coerciones. Se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir darla por terminada en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. También, puedo señalar que determinadas respuestas no sean utilizadas en la investigación, sin importar el motivo de dicha decisión.

Se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas serán para uso de la investigación. Estoy en conocimiento que no recibiré un beneficio económico como resultado de mi participación. Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas en caso de así solicitarlo.

Autorizo que las entrevistadoras tomen nota de mis respuestas para su posterior transcripción, así como la utilización con fines docentes y la publicación con fines científicos de los datos y de los resultados obtenidos durante la investigación, siempre que se preserve la confidencialidad de los datos de todas las personas involucradas. En relación a esto, se me informó que se utilizarán pseudónimos o letras identificatorias, asegurando el anonimato.

Nombre de la persona entrevistada: DNI: Contacto:	FIRMA
Antonella Frias DNI: 41556737 franfsoc@gmail.com 115717-3983	FIRMA
Mulek, Mariana DNI: 41893736 marianamulek18@gmail.com 1566487501	FIRMA

ANEXO N°3: CONSENTIMIENTO INFORMADO (para mujeres-madres)

	UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Carrera de Trabajo Social Trabajo de Investigación Final Consentimiento Informado
---	--

Formulario de Consentimiento Informado a Madres

Luego de haber sido debidamente informado/a de los objetivos y procedimientos de esta investigación titulada *Maternidades y salud mental: la mirada de quienes hacen más que cuidar*, y mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento libre e informado para ser entrevistado/a para el estudio que están llevando adelante las estudiantes Antonella Frias y Mariana Mulek, bajo la Dirección de la Dra. Eugenia Bianchi (UBA-CONICET) y la Co-Dirección de la Lic. y profesora en Ciencias de la Comunicación Milagros L. Oberti (UBA).

Entiendo que al ser entrevistada se me harán preguntas acerca de mis sensaciones y experiencias en relación al cuidado de mi hijx con padecimiento mental, mi experiencia como madre y mi percepción sobre mi salud, específicamente mi salud mental.

La entrevista está planificada para alrededor de una hora de duración, aunque la prioridad es adaptarse al tiempo que tenga disponible, incluso si ello implica realizar más de un encuentro. Durante la misma podré realizar cualquier pregunta que me surja en relación a lo que se indaga. Es también de mi conocimiento que las entrevistadoras pueden ponerse en contacto conmigo en el futuro a fin de obtener más información. He concedido esta entrevista sin coerciones. Se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir darla por terminada en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. También, puedo señalar que determinadas respuestas no sean utilizadas en la investigación, sin importar el motivo de dicha decisión.

Se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas serán para uso de la investigación. Estoy en conocimiento que no recibiré un beneficio económico como resultado de mi participación. Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas en caso de así solicitarlo.

Autorizo que las entrevistadoras tomen nota de mis respuestas para su posterior transcripción, así como la utilización con fines docentes y la publicación con fines científicos de los datos y de los resultados obtenidos durante la investigación, siempre que se preserve la confidencialidad de los datos de todas las personas involucradas. En relación a esto, se me informó que se utilizarán pseudónimos o letras identificatorias, asegurando el anonimato.

Nombre de la persona entrevistada: DNI: Contacto:	FIRMA
Mulek, Mariana DNI: 41893736 marianamulek18@gmail.com 1566487501	FIRMA
Frias, Antonella DNI: 41556737 franfsoc@gmail.com 115717-3983	FIRMA