



## **TRABAJO FINAL DE GRADO**

Presentado para acceder al título de

**Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico**

**Título: “¿Qué hacemos con estas madres?”**

**Autor:**

**Soutus, Eliana – DNI: 31.439.869**

**Director/a:**

**Lic Alarcon Alex**

**Lugar:**

**Rosario**

**Fecha de presentación**

**31/07/2023**

**Firma**

A handwritten signature in blue ink is located below the word 'Firma'. The signature is stylized and appears to be a cursive representation of the author's name, Eliana Soutus.

## Índice

Resumén.....	3
Introducción.....	4
Marco Teórico .....	7
Desarrollo.....	9
Capítulo 1. La Madre en la Historia.....	9
1.1 Historización de la Maternidad.....	9
1.2 Conceptualización en el Psicoanálisis .....	16
Capítulo 2. Comprobación de los Estereotipos .....	23
2.1 La Madre.....	23
2.2 Entrevistas.....	27
Conclusiones.....	32
Bibliografía .....	34
Anexo .....	38

## Resumen

Revisar los estereotipos y mitos en el campo psi, que dan sustento a determinadas prácticas, preguntando cuáles son los estereotipos en relación al ejercicio de la maternidad presente en los trabajadores del sistema público de atención para niños, niñas en la ciudad de Paraná.

En la voz de madres que relatan sus experiencias, ver los efectos discursivos y posibles implicancias en el encuentro de cada madre con su hijo.

Para ellos este trabajo emprende una oportuna una relectura histórica del concepto de maternidad, para visualizar los cambios reflejan la influencia de procesos culturales, se indaga sobre la conceptualización de la madre, la buena madre y mala madre.

Es necesario asumir una perspectiva crítica sobre el discurso social dominante, ese discurso y, cuando sea necesario, abrir opciones de narrativas alternativas, es necesario pensar una deconstrucción de los modos de atención.

Palabras clave: Maternidad - Salud Mental - Acompañamiento Terapéutico

## Introducción

El presente trabajo es el resultado de interrogantes que comenzaron a surgir en el encuentro con la clínica de lo cotidiano, la clínica del acompañamiento terapéutico, donde las madres relatan que no se sentían a gusto con el trato que reciben en la atención de sus hijos, describen sensaciones de desamparo, estas situaciones inevitablemente obligaron a repensar aquellas cuestiones instituidas en nuestro imaginario, y que sostienen nuestras prácticas.

Es oportuno preguntarnos: ¿Por qué es importante pensar esta deconstrucción sobre la figura de la madre? si el trabajo es con sus hijos, ¿qué implicaciones tendría pensar más allá de nuestro acompañado?

Este trabajo pretende hacer una revisión de los estereotipos y mitos que circulan por los ámbitos científicos así como también en el campo psi, que dan sustento a determinadas prácticas.

Hago propias las palabras de Castro (2018):

El presente trabajo no pretende hacer una generalización y “ataque” a la teoría psicoanalítica sino, una lectura crítica de la transmisión de la misma ya que en ocasiones (más de las que quisiéramos) ésta lleva a la circulación y reproducción de versiones tergiversadas. (párr. 19)

Esta presentación está dividida en dos capítulos. En el primero se plasma un recorrido histórico de la construcción de la maternidad ¿de qué maternidad?, así como de la conceptualización de la maternidad en el pensamiento del psicoanálisis.

La revisión histórica del concepto de maternidad en la historia de occidente, comenzando en su cuna: Grecia del siglo VI al siglo IV antes de Cristo, demuestra las transformaciones que ha tenido esta noción a lo largo de siglos, y sus consecuencias en la experiencia subjetiva y ejercicio de la crianza, ideas y prácticas que llegan a nuestros días.

Estos cambios reflejan la influencia de procesos culturales, que se juegan en el intercambio social, quedando de manifiesto que lo que se considera como válido en un momento determinado proviene de tradiciones, que tienen contextos temporales y espaciales particulares, ya no se podrá pensar a la maternidad como un concepto aséptico, puro.

Romero Guzmán Tapia Tovar y Márquez (2020). suscriben a la idea de *revisionismo* en el concepto de maternidad y lo plantean así:

La revisión histórica posibilita comprender que la maternidad es una cuestión de género, es decir, los cuerpos sexuados femeninos han sido objeto de fuertes cargas simbólicas que se han materializado a través de roles,

estereotipos expectativas, que se convierten en mandatos específicamente dirigidos a las mujeres para permitir o prohibir ciertas actitudes de manera diferenciada en relación con los varones. Si bien las exigencias sociales se aplican de manera generalizada a ambos sexos, cuando se trata de mujeres, y en específico en lo tocante a la maternidad, las demandas son aún más acuciantes. Es factible hablar de mujeres que son juzgadas por ser madres de maneras que no se ajustan a los parámetros que impone la tradición, o a lo que se considera culturalmente como la maternidad ideal. (p. 152)

En el segundo capítulo que se presentará en este trabajo se indagará sobre la conceptualización de la madre, la buena madre y mala madre a partir de diferentes teorías del campo psicoanalítico. Asimismo, articulamos entrevistas a madres que cuentan sus experiencias, a partir de las que podremos ver el encuentro de la clínica con la disciplina psicoanalítica: sus efectos discursivos y posibles implicancias.

Este capítulo es una oportunidad para darle voz a las madres que atienden a sus hijos en el sistema público de salud de la ciudad de Paraná, momento propicio para escuchar en la voz de las propias madres el lugar en el que han sido puestos, captando al fenómeno subjetivo, impregnado de valores hegemónicos y patriarcales, con mayor amplitud. Estudiar la maternidad desde una perspectiva de género implica analizar el significado que las culturas le otorgan a la función de madre y mujer, en relación a su opuesto: ser padre y hombre al mismo tiempo.

Es necesario asumir una perspectiva crítica sobre el discurso social dominante, que hemos incorporado como terapeutas, adquiriendo herramientas que nos permitan deconstruir ese discurso y, cuando sea necesario, abrir opciones de narrativas alternativas para las personas con las que trabajamos, es necesario pensar una deconstrucción de los modos de atención.

Es importante analizar la manera como se reproduce el género en las instituciones; produciendo relaciones de poder y representaciones legitimadas socialmente.

El objetivo principal que guía este escrito es

Analizar cuáles son los estereotipos en relación al ejercicio de la maternidad presente en los trabajadores del sistema público de atención para niños, niñas en la ciudad de Paraná.

Objetivo específicos

\*-analizar cómo se ha ido construyendo el concepto de maternidad en la historia, que da sustento a las conceptualizaciones en el ámbito de la corriente psicoanalítica.

\*-Realizar entrevistas a madres cuyos hijos e hijas hayan asistido al servicio de salud mental del sistema de salud público de la ciudad de Paraná

Para la realización del presente trabajos partimos de dos cuestiones fundamentales, por un lado, como hemos expuesto, del encuentro con la clínica, por otro, de la hipótesis que este encuentro nos permite construir: el atravesamiento de mitos, supuestos y representaciones sociales que existen en este espacio, fundamentalmente, el estereotipo materno. Suponemos que en la práctica clínica, sostenida por la teoría, donde se sustentan las prácticas se encuentran atravesadas por un sinfín de mitos, supuestos, y representaciones sociales. Entre ellos encontramos uno muy importante con respecto a lo que debería ser una madre, como atender a su niño/niña, y aquella que no puede o no sabe es catalogada como mala madre.

Podemos presuponer que en la transmisión y consecuente divulgación de los conceptos, se pierde de vista el contexto del entramado teórico que dio lugar a estos conceptos facilitando que recaiga sobre la persona-madre, cuya constitución subjetiva transita por carriles muy distintos a los construidos por la teoría.

A partir de lo expuesto, resulta relevante preguntarnos si las devoluciones que reciben las madres, cuyos niños y niñas asisten al servicio de salud mental del sistema de salud pública, favorece o, por el contrario, dificulta, las funciones maternas

### Marco Teórico

La postura teórica que adopta este trabajo considera al género, siguiendo la definición del diccionario que han recopilado Gamba & Diz, (2021), como categoría que permite analizar las posiciones relacionales de los sujetos, visibilizar y desnaturalizar el entramado de relaciones de poder y opresiones que subyacen en el binomio sexo/género. Para realizar un análisis sobre la maternidad es necesario reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones y discriminatorias para las mujeres y sexualidades disidentes, las relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas; esta división entre femenino/masculino atraviesa a todo el entramado social

Estos atributos otorgados a cada parte del binomio no son estáticas y dadas de una vez y de manera definitiva, sino más bien siempre cambiante, hecho que se explica por su conexión con la cultura y la organización de una sociedad determinada. Pero no es un cambio inocente ni azaroso, está destinado a sustentar y naturalizar prácticas. Como explica Frank (2021):

Tomar el concepto de género como categoría de análisis, nos permite desde el Acompañamiento Terapéutico, tener una mirada distinta y poder realizar abordajes desde otra perspectiva teórica, multidimensional. Ya que este, atraviesa de manera transversal aspectos como la socialización en todas sus esferas, es imprescindible como herramienta para entender y contextualizar las prácticas que producimos, desde el respeto, la diversidad, la inclusión y los derechos para no caer en reproducciones y esquemas sexistas que discriminan, estereotipan o invisibilizan a nuestras mujeres. (p. 11)

Por otro lado, asumimos la maternidad, no como el mero hecho de parir hijos, y consecuentemente criarlos, sino que quitamos el eje central de los componentes biologicistas e instintivos, para pensarla como una construcción histórica. Para ello es imprescindible cuestionar el discurso dominante de cada época, cultura y sociedad; e implica una lectura que reconozca los roles sociales de género como roles socialmente construidos.

Por su parte, Simone De Beauvoir (Badinter, 1981; Palomar Vereá, 2005; Vivas, 2019) niega la existencia del instinto maternal y propone situar las conductas maternas en el campo de la cultura. Ella teoriza que el cuerpo materno no es un cuerpo biológico, más bien se trata de un cuerpo cuyo significado biológico se produce culturalmente al inscribirlo en los discursos de la maternidad, que postulan a la madre como sujeto.

La autora Palomar Vereá (2004) plantea que el imaginario de la maternidad, no es un hecho dado, del orden de lo establecido a priori, sino que es el resultado de un juego de prácticas y discursos. En palabras de la autora:

El proceso de construcción social de la maternidad supone la generación de una serie de mandatos relativos al ejercicio de la maternidad encarnados en los sujetos y en las instituciones, y reproducidos en los discursos, las imágenes y las representaciones, que producen, de esta manera, un complejo imaginario maternal basado en una idea esencialista respecto a la práctica de la maternidad. (p. 14)

La explicación de la multiplicidad de factores que se concatenan para sostener la desigualdad entre mujeres y hombres basada en el género, está presente en todos los ámbitos de desempeño de las personas que formamos parte de sociedades marcadas por la dominación patriarcal.

En *Feminismos y Psicologías* (2022) se encuentra una argumentación en favor de una clínica en deconstrucción:

Una clínica psi desde los feminismos de la disidencia implica un ejercicio ético de deconstrucción de aquellas marcas patriarcales y heteronormadas en les profesionales, que impiden la escucha y la posibilidad de acompañar diferentes deseos y existencias. Implica saldar la deuda histórica de una disciplina que ha normalizado cuerpos y sentires. Para que consultar por motivos de salud mental sea el comienzo de un recorrido en pos de estar mejor, y no un espacio donde se encuentren nuevas violencias. (párr 2)

Decir que el acompañamiento terapéutico es un dispositivo, es pensar en un concepto que nos permite analizar la complejidad de redes que se entraman en el marco del acompañamiento.

Frank (2017) lo pone en las siguientes palabras:

Si el acompañamiento terapéutico constituye un dispositivo, es mucho más que la relación que se da en el proceso terapéutico entre un acompañante y un paciente. Se trata de la red que se establece entre el acompañante, el terapeuta que pide un acompañante, el psiquiatra, el supervisor del acompañante, el analista del acompañante, el acompañado, la familia del acompañado, su entorno, sus mascotas, el vecino, el portero, su manera de recorrer o no la ciudad, etc. (p. 69)

En los dispositivos de Acompañamiento Terapéutico de los servicios de Salud Mental del sistema de salud pública trabajamos en red, no solo con el paciente. Cuando se trata de un menor de edad, en esta red está la familia. Así entendido el dispositivo del acompañamiento terapéutico permite el abordaje ampliado no sólo del



sujeto sino del conjunto, en una extensa variedad de estrategias e intervenciones posibles.

Rossi (2013) plantea que el acompañante terapéutico nunca trabaja solo con el paciente, no considera que se aborda a una sola persona; él conceptualiza que el trabajo se realiza en situación y caracteriza a esta como la interrelación que se da entre el profesional y la familia, las intervenciones y las consecuencias que se vislumbra a partir de su incorporación. Esta oportunidad de conversar con la familia, en lo cotidiano, implica una posición de escucha activa, que muestra a un acompañante atento a lo que se dice e interesado en lo que le transmiten

Es pertinente, siguiendo a Rossi, decir que el AT interviene en situaciones donde la familia se encuentra desbordada, aportando una mirada que integra, una presencia que devela, que confronta, y desnaturaliza. Este circular por los distintos espacios del dispositivo es la riqueza propia de la eficacia del trabajo.

## **Desarrollo**

### **Capítulo 1. La Madre en la Historia**

#### **1.1 Historización de la Maternidad**

A lo largo de la historia occidental, las mujeres no han sido las madres abnegadas que conocemos ahora. La maternidad tiene una historia completamente desconocida y que solo nos llega velada por el anacronismo

Los relatos de la maternidad en la historia antigua, de épocas lejanas son en realidad el relato de los hombres, la mirada de ellos sobre el mundo, ya que la voz de las mujeres solo será escuchada mucho tiempo después en la historia.

En este sentido es importante pensar porque hablar de la construcción histórica de la noción de maternidad, para lo cual es menester traer lo planteado por Corrales, (2015):

Historizar es comprender a los fenómenos u objetos de estudio dentro de los contextos temporo-espaciales en los que se presentan. Es atender a los atravesamientos económicos, políticos y sociales que los afectan (...) Historizar es comprender los sentidos y significados que acompañan al fenómeno, permitiendo ver que el modo en que se expresan, como así también su interpretación, la cual está en íntima relación con el momento histórico en el cual se manifiesta (p. 7)

En la antigüedad no existe registro del uso del término *maternidad*, la función materna estaba presente en la mitología, aunque no era un objeto de atención ni para los médicos ni para los filósofos. El rol de la madre en épocas rudimentarias eran la renovación de los grupos sociales por lo cuales se parían muchos hijos.

En la Grecia antigua, Corrales (2015) nos cuenta que las mujeres gozaban de igualdad y derechos que fueron perdiendo. La primera diosa que rastreamos es Gea quien ostenta ser la madre primigenia, madre de todos los dioses, así el mundo era considerado como una Madre que ofrece todo desde la tierra fértil, esta concepción de gran diosa madre paulatinamente, con el correr del tiempo fue perdiendo poder.

Artemis, Atenea y Hera son herederas de aquella diosa todopoderosa, pero no comparten los mismos atributos, estas son menos poderosas, a la vez que sucede esta disgregación del poder de las diosas es que encontramos el pensamiento de Platón donde ubica a lo masculino como superior y lo femenino como inferior, junto a Aristoteles resaltan a la mujer como incompleta, insuficiente respecto del hombre. Siguiendo a Solodovsky (2019) podemos agregar que ambos filósofos van a refutar lo teorizado por Hipócrates respecto a la preponderancia del papel femenino en la procreación.

En la Antigua Roma la función materna estaba supeditado al Derecho Romano, donde se consagra la figura del "Pater familias", era poder de aquel el permitir o rechazar a un hijo en la familia, solo había una certeza: el parto demostraba la existencia de una madre, así se devela una preocupación en clarificar quién era el padre, *Mater semper certa est, pater numquam*.

La primera obligación de toda mujer, era el matrimonio, contemplando pena para aquella que no lo hiciera, la segunda obligación era parir ciudadanos, así era entendida la maternidad, no existía en principio libertad de elegir, ya que un hijo, más que una niña, otorgaba cierto poder, valor impuesto en la sociedad romana

Un grupo de mujeres asistía y acompañaba a la parturienta durante todo el proceso, en los dolores, con masajes, con rezos a los dioses pidiendo la disminución de los dolores, al momento de recibir al niño también lo hacía una mujer, el parto era cosas de mujeres.

La tradición judeo cristiana transmitidas en el Antiguo Testamento nos cuentan varias referencias a la maternidad: el creador ordena a Adán y a Eva que se multipliquen sobre la tierra, que la habiten y que se esparzan por todo el planeta, la rebeldía de aquella, culpa de no haber vencido la tentación, recibe como castigo la sentencia de la expulsión del Edén y la maldición divina que le dice "parirás con dolor", condena que llega a nuestros días.

Tras el pecado original, Eva recibió su nombre, que tiene como significado «madre de todos los seres vivos»

El Rey Salomon realiza una primera división entre la buena madre y la mala, la primera no es aquella que quiere a su hijo a cualquier precio, sino la que desea que el hijo viva.

En el Nuevo Testamento encontramos el relato de la vida de Jesús, en esta época a diferencia de los griegos los cuales contaban con varias diosas dedicadas a la maternidad, el culto a la Virgen María condensa en una sola mujer a varias de ellas. “La figura de María (...) recupere la grandeza de las mujeres compensando así el declive de las diosas, en pro de una sola mujer” (Corrales, 2015), con ella la maternidad ya no es del orden de la naturaleza sino espiritual. La maternidad de estos tiempos es relatada de manera fisiológica: concepción, parto y amamantamiento.

En el siglo XII aparece el término *maternitas*, acompañada del *paternitas* utilizado por primera vez por la Iglesia, para caracterizar la función de la iglesia, momento especial donde hay una vuelta a la utilización de la Virgen María, el culto a ella adquiere una enorme expansión, marcando una dimensión espiritual de la maternidad, en desprecio de la maternidad de Eva. La iglesia se presenta así como formadora de madre, como educadoras de ellas.

La maternidad en la Edad Media. Entre los siglos v y xv, eran profundamente estamentales. Se caracterizaban por una estricta jerarquía social y por la omnipresencia de la doble autoridad de la monarquía y la Iglesia. La función y la experiencia materna cambiaban dependiendo del estrato social. El campesinado, que representaba la mayor parte de la población, necesitaba una descendencia numerosa para asegurarse manos para trabajar la tierra y cuidar de los mayores. La maternidad para las mujeres del campo era una carga pesada, que las hacía envejecer rápido, perder hijos e hijas (la mortalidad infantil era muy elevada) y morir pronto.

En la Edad Media encontramos una clara división social jerarquizada y una particular doble gobernanza, de la Monarquía y la Iglesia, la función y la experiencia materna cambiaban dependiendo del estrato social.

La maternidad para las mujeres del campo era una carga pesada, siguiendo a Badinter (1981) podemos decir que la tasa de mortalidad era demasiado elevada tanto para la madre como para sus hijos, a ellas parir muchos hijos las hacía envejecer y morir pronto, las tareas que se realizaban eran compatibles con la crianza.

En estos tiempos se reconocen solo dos salidas para la mujer noble, si no era madre o monja no era nada. Cuando eran madres no era la costumbre que los criara, eran las nodrizas quienes recibían una retribución, tarea cumplida generalmente realizada por mujeres campesinas, se realizaba un contrato pero celebrado por hombres. El llamado nutricio, esposo de la nodriza, a cambio de una retribución económica, se compromete a amamantar y a cuidar al descendiente del padre, ninguna de las mujeres aparecen en el pacto.

El parto era cosa de mujeres, los médicos se negaban a intervenir, pues consideraban que se trataba de una tarea demasiado ingrata y desagradable. Pero en el siglo XVI las cosas comenzaron a cambiar. Las parteras que hasta ese momento

habían sido poco vigiladas, empezaron a convertirse en sospechosas a causa de las revueltas religiosas, se las acusaba de magia, brujería, de complicidad con el infanticidio y el aborto.

(Oiberman, 2005) nos cuenta que a partir de este momento que “La Iglesia y la monarquía las obligaron a organizar una corporación bajo la supervisión de los cirujanos”(p 122).

Los hombres organizados crearon el fórceps, instrumento que marca el comienzo de la intervención de los médicos hombres en el campo de la obstetricia, prohibiendo su uso a las parteras”

En el siglo XVIII la maternidad de María y de Eva parecen aproximarse, va a dar paso a una maternidad más terrenal, el de la *buena madre*.

“La función de madre se asocia a un nuevo aspecto místico. La madre es comparada de buena gana con una santa, y la gente se habituó a pensar que una buena madre es “una santa”. La patrona natural de esta nueva madre es la Virgen María, cuya vida testimonia la dedicación a su hijo” (Badinter, 1981, p. 184 - 185).

No es casual que en esta época se promulgaran los principales dogmas de la Iglesia Católica sobre la figura de la Virgen María: Perpetua Virginitad de María (1555), Inmaculada Concepción de María (1854), Asunción de María (primeras manifestaciones en 1849).

La filosofía de las Luces, cuestionó todas las tradiciones impuestas hasta ese momento por la Iglesia, y comenzó a pensar en un nuevo tipo de sociedad donde “La mujer fue valorada como madre, aún subordinada a la autoridad del hombre” (Oiberman, 2005 p 122).

Los médicos impusieron el dogma que todo niño debería poder nacer y vivir en las mejores condiciones posibles, lo que antes había sido ordenado y promulgado por los hombres, ahora “repudiaron tanto a las nodrizas mercenarias, ignorantes, sucias e indiferentes a los sufrimientos de los bebés como también a la madre aristocrática que le negaba su leche al hijo” (Oiberman, 2005 p 123). De esta manera la burguesía afirmaba a través de los médicos, sus propios valores.

La salud del cuerpo comenzó a ser igual de importante que la salud espiritual, así el amor materno se construye alrededor de la creencia que es indispensable para el recién nacido, y comienza a surgir como valor de la civilización.

El amor materno y la consagración total de la madre a su hijo se convirtió en un valor para la civilización y en un código de buena conducta. El cuerpo de mujer -primer refugio de cualquier ser humano-, se transformó en un espacio digno de atenciones y cuidados. (Oiberman, 2005 p 123)

En lo que se denominó el Siglo de las Luces, la dimensión espiritual y carnal de la maternidad se acercan para poder construir un modelo de buena madre, sometida al padre, la función materna va a absorber la individualidad de la mujer.

El afecto ahora se transforma en: un código de conducta, se iguala, ahora a la función nutricia, y cubre la función educativa. Así la individualidad materna queda en un segundo plano, absorbida por todas las funciones mencionadas. La afectividad se convierte en el motor de la nueva cultura. “la glorificación del amor materno se desarrolló durante todo el siglo XIX, llegando hasta los años sesenta del siglo XX” (Palomar Vereza, 2005)

Rousseau que contribuye a inspirar el movimiento romántico en la Revolución Francesa, señala a la maternidad como un objetivo central en la vida de las mujeres, apoyando teorías biológicas de la maternidad como instintiva. “Es Rousseau quien al publicar el Emilio en 1762 cristaliza las ideas nuevas e imprime un auténtico impulso a la familia moderna” (Badinter, 1981 p 39).

Los cambios de la revolución industrial marcan las diferencias entre el ámbito privado del hogar que es un lugar cálido, acogedor, comunitario- y el ámbito público, el del trabajo: frío, competitivo e individualista.

El trabajo a sueldo en la fábrica va reemplazando a la agricultura como forma de vida y los hombres se asocian a la vida pública, mientras que las mujeres permanecen en el dominio privado del hogar, “Es en este momento cuando la mujer como responsable del mundo privado queda a cargo de la crianza de los niños y de proveer los cuidados médicos a la familia” (Molina, 2006 p 97).

No había cambios para la sociedad en su conjunto, los excluidos de los progresos: los pobres, inmigrantes y gente de la clase obrera, los hijos siguen siendo trabajadores y las madres no tienen mucho tiempo para ser cariñosas guardianas. Estas mujeres no desarrollan una conciencia particular de sí mismas como madres y siguen viéndose como tontas o desviadas.

Hacia fines del s. XIX, las mujeres pierden su rol como proveedoras de salud y cuidados en la familia y los instintos, la virtud y cariño maternos parecen ser insuficientes.

El desarrollo científico y sus métodos, empiezan a dominar la medicina, la administración pública y doméstica, la crianza y todos los ámbitos de la sociedad. Con ello, La crianza como saber científico plantea nuevas doctrinas respecto a horarios, hábitos y conductas. “Las mujeres, que son vistas como incompetentes para el cuidado de los niños, indulgentes, irracionales y emotivas deben ser formadas para la crianza” (Molina, 2006 p 97).

El niño, cuya crianza adquiere importancia, deja de ser visto como inocente y vuelve a ser considerado lleno de impulsos peligrosos. A la tarea de crianza se suman

los esfuerzos del Estado: técnicas científicas, leyes de escolaridad, movimiento de los jardines infantiles, tribunales de menores.

Es en esta época que la madre comienza a ser responsable, solo ella, del desarrollo sano del hijo. Las diferentes corrientes científicas, dieron diferentes perspectivas, sobre las cualidades sanas y positivas de relación y respuesta afectiva en la vida adulta, serían consecuencia de una buena calidad del cuidado materno. Por otra parte, rasgos de personalidad negativos y trastornos psicológicos de la madre tendrían repercusiones negativas en el desarrollo de los hijos.

Gran contradicción en esta visión: por una parte entrega gran responsabilidad a la función materna y por otra, genera una especie de apropiación de las funciones parentales de parte de los expertos.

A partir de esta exigencia a la figura materna se desprende otra consecuencia de "esta visión es que se establecen criterios de "buena " y" mala " madre, dando inicio a la "maternidad como patología" (Molina, 2006 p 98). Esta es la madre idealizada y perfecta, la que puede lograr resultados perfectos para el desarrollo del hijo y la proveedora del cuidado de la familia, de todo lo bueno y deseable para el niño.

No ser esa madre esperada, generaban resultados negativos en el desarrollo del niño, los desórdenes psicológicos individuales y los males sociales son debidos a las malas prácticas maternas y ella es culpable por ello.

A principios del siglo XX se inicia un fenómeno nuevo: la infancia es un objeto de estudio, recién en esta época encontramos teorizaciones como fase específica y central de la vida, se vislumbra una importancia en el crecimiento sano de los niños y una preocupación por su futuro. aparecen ahora disciplinas que miran esta nueva figura de interés, despliegan prácticas y saberes sobre la crianza: "la psicología, la psicoterapia, criminología, el psicoanálisis, la ortofonía (hoy incluida en la fonoaudiología)" (Giallorenzi, 2017).

Estos nuevos saberes influyen sobre la maternidad, pero su alcance no queda ahí, se extiende a otros ámbitos como la escuela, el ejército y hasta la prisión.

En este contexto es que surgen clubes de madres, con una creciente preocupación en atender la complejidad de esta nueva maternidad, de las tareas maternas necesarias para el desarrollo armonioso de sus niñas y niños. Estas madres colaboraban con los nuevos expertos, pero paradójicamente estos expertos masculinos lo que hicieron fue acaparar este movimiento. La irrupción de los "expertos" como los médicos o psicólogos, siempre varones en ámbitos tradicionalmente femeninos como habían sido hasta el momento como el cuidado del hogar, salud, embarazo y parto, etc, fue uno de los hechos más significativos de la modernidad y una coartada para desalojar y anclar a la vez, a las mujeres de estos dominios.

Podemos así ubicar que es a partir del siglo XIX, que el cuidado y las prácticas de crianza, se hicieron co-extensivas a las ideologías científicas

Así esta preocupación del club de madres en ser expertas en crianza, tuvo un cruel cambio, se convirtieron como lo piensa en un Palomar Vereá, (2005) “creciente escrutinio dirigido a la madre (...) comenzaron a centrar el papel que jugaba la madre en el desarrollo del niño”. (pp.13-14).

Lo que ha dado origen a una serie de mecanismos y estrategias de adoctrinamiento y divulgación, dirigidos a transmitir lo que estos expertos esperan de las mujeres madres.

La maternidad constituyó a lo largo de la historia un medio útil para imponer, desde diferentes pertenencias ideológicas, políticas y económicas, un espacio propio de acción para cada género. La maternidad es una arena política de definición de espacios de poder. Así es como funcionó como dispositivo de control sobre el cuerpo, las decisiones y los espacios de la mujer.

En la época de posguerra del siglo pasado se da un importante cambio en los estudios psicológicos y principalmente en los psicoanalíticos, este fenómeno lo podemos ubicar como un destacado *giro hacia la madre*, que marcó toda una época del psicoanálisis y sus lecturas sobre el desarrollo infantil y la personalidad podríamos nombrar a algunos autores como Ana Freud. John Bolwby, James Robertson, Mary Ainswood y Donald Winnicott

Este giro hacia la madre destacaba la importancia de los cuidados físicos y psicológicos en el desarrollo conductual y emocional de los infantes, se introdujo un nuevo elemento: el psiquismo y el desarrollo del yo.

El estudio de la construcción discursiva de la maternidad y el amor de madre, así como la emergencia del concepto de apego en la época de la segunda posguerra mundial, adquirieron una forma absolutamente moderna (...) En ese sentido, el amor de madre de las mujeres blancas heterosexuales, se aisló en una dimensión “humanista”, diferente al resto de las humanas y que se pensó como el punto máximo de una cadena evolutiva de emociones, distinta y superior, a la existente por ejemplo en la URSS o entre las familias negras. (Latour, 2007 en Donoso, 2013 p. 23)

### **1.2 Conceptualización en el Psicoanálisis**

Ubicamos el psicoanálisis como una de las corrientes más extendidas e influyentes de la psicología, es una teoría, práctica y como modo de investigación, creada por Sigmund Freud, en Viena.

La obra de Freud que surge en los albores del siglo XX, surge en un contexto particular, en ese periodo se comienza a abordar a la infancia como objeto de estudio e intervención, en este periodo se conjugan tres hechos que Giallorenzi (2017) los puntualiza: la configuración del niño, niña como foco de intervención sobre todo en un primer momento de la psiquiatría, otro fenómeno que ubica es en relación a esta misma práctica a propósito de los movimientos de desmanicomialización, movimiento de reformas de las prácticas de encierro rechazo al manicomio y al encierro como únicas terapéuticas, por último ubica al surgimiento del psicoanálisis como una corriente de intervención psi.

En los años 1930 se da otro cambio en las ideas de crianza, surge la idea de amor materno, entendido como aptitud natural, es subrayado como el factor central para el desarrollo del niño. La estabilidad psíquica de la madre es considerada vital para prevenir una amplia variedad de miedos y ansiedades infantiles. Estas primeras décadas puso el énfasis sobre la necesidad absoluta de la atención materna, junto con el temor al exceso de indulgencia y de sobreprotección de la madre.

Con la difusión masiva del psicoanálisis el amor materno dejó de ser únicamente fuente de benevolencia, cuidado, a partir de estas nuevas conceptualizaciones es que adquiere también un tinte ambivalente, la teoría habla de madres asfixiante, castrantes, generadoras de conflictos devastadores en sus hijos, hijas.

En relación a la idea anterior Colón (2009) argumenta que:

La institución psicoanalítica ha producido con el significante maternidad el mismo efecto que la institución psiquiátrica con los diagnósticos: un abuso de poder basado en la perversión del saber cuyas repercusiones no han quedado solo en el pensamiento de los psicoanalistas, sino que se han traducido en modalidades de trato, de subjetivación y de educación de las mujeres en tanto posibles madres (p. 3)

A lo largo del siglo XX las distintas corrientes y escuelas psicoanalíticas polemizan sobre la identidad, función y consecuencias de la función materna y sus raíces en la diferencia sexual. La simplificación de este debate y sobre todo la caricaturización de las teorías de Freud en las representaciones populares han construido un discurso acerca de la maternidad impregnado de estereotipos potenciados desde los medios de comunicación de masas, la madre sacrificada, la



madre egoísta y la madre demonio, posesiva y destructiva ya forman parte de este imaginario.

Retomando la teoría freudiana acerca de la feminidad, distingue en la mujer tres posibles salidas al Edipo: la renuncia –extrañamiento o inhibición de la vida sexual-; la masculinidad -insistencia en poseer las insignias de la virilidad-; y, finalmente, la salida propiamente femenina, la adecuada y esperada, es vía ecuación simbólica pene=hijo.

Dos equivalencias definen, entonces, a la mujer freudiana: mujer=madre y mujer=objeto de amor de un hombre. Reduce, así, la mujer a la madre y a un objeto para otro. Fortalece, de este modo, la relación intrínseca entre mujer y maternidad, la autora Chairó (2022) desde su perspectiva expone “Me arriesgo a decir, entonces, que esto último no es tanto un producto lógico de su teoría (si es que de algo así pudiera hablarse), sino toda una posición ideológica y política propia de su tiempo y de su subjetividad” (ppr 22).

Si bien Freud no teorizó sobre la madre, sino solo como primer objeto sexual; piensa en la maternidad como destino de la feminidad, Gambo Solís (2011) manifiesta “la maternidad es un sustituto de la sexualidad en la medida en que el deseo de tener un hijo funciona como sustituto de la envidia del pene, del deseo de tener un pene (...) podrá restituir, rectificar su cuerpo castrado” (p 15).

Después de la Segunda Guerra Mundial muchos de los discípulos de Freud trazaron retratos de la buena madre a través de consejos destinados a las mujeres en libros especializados o en medios masivos de comunicación. Este hecho dió dos grandes contribuciones: acrecentar la importancia otorgada a la madre, y también la de medicalizar el problema de la mala madre. La popularización de estas ideas sobre la maternidad, cimentada sobre la divulgación de determinados estudios científicos y amplificadas por la acción de los medios de comunicación, la cultura define así a la mala madre que es mujer simultáneamente mala y enferma. Lo expone la autora Lozano Estivalis (2001) de la siguiente manera “en la medida en que este tipo de crianza se vincula con la responsabilidad de la madre, se configura una ideología que no sólo exime a los padres sino también al mundo público de la responsabilidad de atención abnegada” (p 232)

Lacan (Castro, 20018: Badinter, (1981); Gamba Solís, (2021)) habla de la maternidad como función o posición, cuya principal característica es la desexualización de la madre, durante los primeros tiempos del infante, al menos en el plano imaginario es indispensable que se suprima todo tipo de corriente sexual o erótica. Desde esta perspectiva, Arevalo Arregui (2004 en Gamboa Solís, 2011)

El cuerpo de la madre debe prestarse únicamente a la provisión nutriz, abrigadora

y tierna necesaria para el sostenimiento tanto físico como psíquico del bebé lo que coincide con las exigencias del ideal cultural de maternidad milenariamente fraguado por la asociación de la maternidad a la fecundidad, fertilidad (p. 14)

En su explicación de los tres tiempos del Edipo, Lacan argumenta que el lugar de la madre se fundamenta al padre como mediador de lo que está más allá de su ley, la de ella y su capricho, el padre así entonces es un límite al desborde a la madre, resaltando el factor protector del falo. Para el autor los lugares son simbólicos, que denomina funciones, esto quiere decir que no depende del lugar de la persona que efectivamente encarne ese lugar.

En concordancia con la autora Castro (2018) donde afirma que el problema en relación a la estigmatización materna devino de la pérdida del entrada teórico, abandonando las funciones por la persona-madre “El saldo de estas elucubraciones son: por un lado “madres estragantes”, que no “se privan” lo “suficiente” de sus hijos y “padres impotentes-degradados” que no han podido “hacer tope” al exceso materno” (prr 20).

La construcción teórica de Klein (en Gamboa Solís, 2011) tiene conceptos como envidia, objetos buenos y malos, de imagos.

Siguiendo a la autora Gamboa Solis (2011) la humanidad de la madre es reducida literal y metafóricamente reducida a un par de pechos, que estarán disponible para su hijo. La madre es responsable en el desarrollo psíquico del niño, que tiene más relevancia que el rol jugado por el padre.

Dentro de este orden de ideas Badinter (1981) escribe:

Si la experiencia demuestra que a menudo los niños a quienes la madre no les dio el pecho se desarrollan muy bien (...) el psicoanálisis descubre siempre en personas criadas así un deseo profundo del seno que nunca fue satisfecho... Cabe decir que, de un modo u otro, su desarrollo hubiera sido diferente o mejor si hubieran gozado el beneficio de un amamantamiento satisfactorio. Por otra parte, mi experiencia me permite concluir que los niños que a pesar de habérseles dado el pecho presentan problemas en su desarrollo, estarían todavía peor si no lo hubieran recibido. (p 262)

Más adelante Badinter (1981) expone que este argumento de Klein es cruel con las mujeres, nunca fue contrastado o demostrado, nadie se las pidió, en parte porque el psicoanálisis estaba en su apogeo y a nadie se le ocurrió pedirle a Melanie Klein alguna prueba de esto que decía.

Según Winnicott (Badinter, 1981; Castro, 2018) la madre conoce de forma instintiva, por empatía, las necesidades del bebé y adapta su propia conducta a las necesidades de éste según se van manifestando y desarrollando. Las leyes de la

naturaleza son las que dictan estas necesidades, presentadas como un hecho biológico objetivo en las acciones y el cuerpo de la criatura y que deben ser descifradas por la madre.

Uno de los postulados que se sostienen en el imaginario aún en nuestros días es el que responsabiliza a la mamá de la buena paternidad del padre, es en ella que descansa la intermediación necesaria para que se genere un buen vínculo. Así es que encontramos en Winnicott (1962 citado en Badinter 1981): “De la madre depende que el padre conozca o no al bebe” (p. ). Encontramos en este autor una indicaciones a la madre, el autor argumenta la responsabilidad de ella del accionar del progenitor para con su hijo, “No depende de que sus relaciones sean ricas... pero sí depende de usted hacer posible esas relaciones, no estorbarlas ni malograrla ” (Winnicott 1962, en Badinter, 1981, p. ).

En su tesis, Estivalis (2001) aclara la teorización de Winnicott, para él la madre debe disfrutar de la maternidad, de las tareas de crianzas con el riesgo de que si no es así, afectará negativamente la salud de sus hijos, en este movimiento de adjudicar exclusiva responsabilidad a la madre, exime a otros personajes, como al padre, de la responsabilidad del bienestar presente y futuro del niño.

Entonces tenemos una teorización que respecto al buen padre nos dice que es aquel que “permite a su esposa ser una buena madre sin entorpecer su tarea y sin asumir responsabilidades en lo que respecta a la alimentación y cuidado de los hijos que “naturalmente” no le corresponden”. (p 230)

La función materna es un concepto primordial en el desarrollo psíquico de las personas, según Winnicott, quien hace alusión a la “madre suficientemente buena”, es importante despejar aquello que conlleva el término suficiente o bastante buena, Según Castro (2018) “*bastante* como la de *suficiente* denotan una cuantificación o medida es entonces que se podría cuestionar: a) qué sería *bastante* para lo que se necesita b) qué sería *apto o idóneo* para el desarrollo del/a niñx.” (p 24)

Haciendo propias las palabras de Castro (2018), cuando expone que lo complejo de este concepto de “bastante”, “lo que necesita”, “suficiente”, “idónea”; corresponde a mediciones, cuantificación, lo que está en el trasfondo es definir la justa medida, es por lo tanto cuando se implementan “mecanismos de control que apuntan a señalar -casi- todo el tiempo “no-suficiente del ejercicio del rol materno: ya sea por el exceso o por la carencia” (parr 25)

Winnicott (cita en Badinter, 1981) esquematiza que la devota madre común no necesita comprender intelectualmente su labor ya que está programada biológicamente para responder a las necesidades de su pequeño; pero no solo necesidades como alimentación, sueño, higiene, etc.

También es la madre la responsable de la construcción del ego; dirá Adams (1992) que corresponde garantizar la continuidad del niño, le corresponde también garantizar la continuidad personal, deberá integrar el cuerpo no integrado del niño.

Las interpretaciones psicoanalíticas de que una mala sintonía con el infante pueda provocar efectos de frustración sobre la evolución psicológica del niño o la niña, ha reforzado los mitos de la mala madre que deja su maleficio y su estigma no ya en la piel sino en la psique de las infancias, Donoso (2013) en ese sentido conceptualiza:

De modo puntual, y siguiendo la tesis de Michel Foucault respecto a las relaciones entre saber y poder – saber/poder- se analiza la emergencia de un nuevo objeto de conocimiento en el campo de las disciplinas psi (psicoanálisis, psicología y psiquiatría), resultado de lo que se llamó el giro hacia la madre de la teoría psicoanalítica, impulsado por un grupo de psicoanalistas refugiados por la guerra en EE.UU. Este giro supuso la emergencia de una nueva formación discursiva y por consiguiente la construcción de un nuevo objeto de conocimiento: el apego (p 6).

Esta forma la joven ciencia del psicoanálisis, devino en una psicología del desarrollo que movilizó todas sus herramientas conceptuales y de intervención hacia la gestión y control de la separación del niño con su madre, transformándose este tema en una preocupación central para el psicólogo y el psicoanalista de la posguerra, inquieto por controlar los posibles excesos o abandonos de las mujeres. Esto ayudó a dar forma definitiva a la hegemonía de lo psi en un difuso campo de estudio que hasta ese momento era territorio tanto de la medicina, del trabajo social, de la enfermería, la pedagogía, como también de la iglesia y los moralistas: las relaciones familiares y la organización social de los afectos. (Donoso, 2013)

Una vez más comprobamos como desde la ciencia en general y particularmente el psicoanálisis, cuando teoriza sobre las madres, el amor de madre o los cuidados maternos, no describen ni expresan una realidad que sea previa e independiente de ese mismo discurso; por el contrario son una práctica performativa de la construcción de la experiencia cotidiana de eso que llamamos cuidado y amor de madre.

La relación entre el saber y el poder entre el experto sobre la madre por medio de la imposición de una disciplina en torno a los cuidados de los y las niños. Las madres debían hacer caso al pie de la letra de lo que decía el profesional, el más entendido en la materia, situando a éste último como el depositario de una verdad natural que articula el orden social.

En este sentido agrega Danoso (2013)

El fin de la Segunda Guerra Mundial fue el escenario de un retorno a la madre como objeto de discusión en el campo de las ideas “psi”, que impulsó las

rupturas epistemológicas más relevantes del psicoanálisis contemporáneo. La década que va desde 1940 a 1960 asistió a un proceso de producción acelerado de teorías y axiomas vinculados a, por un lado, incorporar dentro de las explicaciones del “aparato psíquico” freudiano, la función materna, (...) explicar la patología mental a partir de las insuficiencias en las relaciones y objetos de amor más tempranos y finalmente. (p 186)

Uno de los modelos culturales que más ha marcado la creación de estereotipos sobre el tema es el de la madre suficientemente buena.

El concepto de apego elaborado por Bowlby (citado en Danoso, 2013) se halla en el centro de lo que se llamó el giro hacia la madre de la teoría psicoanalítica de los primeros años de posguerra mundial.

De este modo puntualiza Donoso, (2013)

El apego fue parte de las discusiones sobre la familia nuclear en la era nuclear. Principalmente los y las analistas de niñas y niños hicieron del apego infantil y del amor materno, una preocupación pública central (...) Basta con señalar que este grupo de psicoanalistas liderado por Bowlby, difundieron sus ideas acerca del amor de madre en instancias tan distintas como radios, cines, conferencias en asociaciones profesionales, científicas y de la comunidad, entre otras, y al sostener que el amor de madre era una necesidad biológica de los niños, estos teóricos introdujeron un nuevo elemento en la historia e imaginarios culturales de las justificaciones y explicaciones del género y la práctica social de la maternidad. (p 187)

La conceptualización de apego, estuvo dirigida a destacar la importancia de la madre en el desarrollo del hijo. Con este autor se vislumbra un gran cambio en la conceptualización ya no está en el centro de la escena la sexualidad del niño o la sexualidad reprimida de las mujeres. Lo que se comenzó a poner en juego fue la importancia que adquirió el psiquismo y el desarrollo del yo en los métodos de crianza.

Entre las décadas de los 50 y 60, Bowlby publicó una serie de artículos, una primera taxonomía de la patología materna y por otro una definición de la madre normal, era necesario el despliegue de conductas y sentimientos acordes a la identidad materna que Bowlby fue construyendo en sus 30 años de investigación la maternidad con esto se transformó en un complejo territorio de interpretaciones, significaciones y explicaciones a la par que el bebé se erigía como objeto de estudio.

Siguiendo a Donoso (2013) podemos decir que la teorización del apego “Se trató por tanto de una teoría que desde sus inicios asumió un marco de visión y una metodología propia de las ciencias naturales para el estudio tanto del crecimiento infantil como del amor de madre” (p 212)

Bolwby (citado en Danoso, 2013) en vez de operar hacia la colectivización de la responsabilidad del cuidado de la infancia desvalida, supuso a la madre, como la única capaz de contener la amenaza del abandono y reparar las huellas del trauma.

La definición y la regulación de lo que constituye una maternidad buena y sensible estructuraron, los discursos sobre el desarrollo infantil y los discursos sobre la disposición de los cuidados infantiles y la feminidad. Para la autora Donoso (2013) “El trabajo de Bolwby fue más allá de una cuestión formal, se trató de una ruptura epistemológica y metodológica cuya consecuencia lógica fue la re-elaboración del objeto de estudio del psicoanálisis.” (p 220)

## **Capítulo 2. Comprobación de los Estereotipos**

### **2.1 La Madre**

Es importante resaltar que en la definición de quién sería buena madre o mala madre, está estrechamente vinculado a ideas de normalización, que obedecen, a patrones determinados en cada época, en cada sociedad y no se pueden pensar en desconexión con estos parámetros.

Hay un paso anterior para conceptualizar la figura de mala madre; debemos revisar toda la cadena de estereotipos, leyendo a Palomar Vereá (2004) encontramos primero la idea de La Madre, es una representación ideal abstracta que se rastrea en el saber popular en el arte, los refranes, monumentos, canciones como lo hace Palito Ortega cuando nos habla de la Sonrisa de Mama, o Mercedes Sosa describe las Manos de su Madre. En la esencia de esta figura encontramos al instinto materno, un saber hacer sin rodeo con su hijo, el amor materno que todo lo puede, todo lo soporta.

Lo que la autora denomina Gran Matriz es la representación de La Madre paciente, tolerante capaz de cuidar, sanar, atender, escuchar, proteger, sacrificada, a partir de esta definición es que se desprenden dos estereotipos: el de las “buenas madres” y las otras “malas madres”, esta distinción parten del alejamiento o acercamiento del ideal.

En Romero Guzman y otros (2020) encontramos el siguiente argumento que apoya la construcción en torno a las, maternidades: “Las categorías de “madres “buenas” y “malas” las cuales, en su calidad de asignaciones arbitrarias, están estrechamente relacionadas con la correspondencia de sexo y género, y con los atributos imaginarios de una mujer femenina”. (p 145)

Los mandatos sociales son los que definen quienes son las madres cumplidoras, y en el mismo movimiento señala y juzga a las malas madres que son aquellas que se alejan de las expectativas ideales impuestas por la sociedad, esto les trae aparejada que sean estigmatizadas, señaladas, pudiendo ser penalizada o diagnosticada de diversas formas y maneras. El discurso se inscribe en la sociedad desde diferentes miradas, por un lado los saberes científicos que legitiman y naturalizan los mandatos como puede ser la pedagogía, la religión, la pediatría, antropología, las diferentes corrientes del mundo psi, también la publicidad, el marketing, los medios de comunicación, este universo discursivo estructura el fenómeno de la maternidad.

La psicóloga argentina Laura Gutman (2014) da una lista de las cualidades necesarias para que los niños según sus propias palabras atraviesen su infancia en paz. “La maternidad implica abnegación, tolerancia, amor incondicional, entrega, dulzura, paciencia, comprensión, altruismo (...), todas cualidades necesarias para ser

capaces de criar hijos.” (Gutman Larga lista de requisitos y gran responsabilidad se le endilga a la figura de la madre, si no se logran estas cualidades, entonces una mujer es vulnerable a vivir alguna decepción en la maternidad, o no será capaz de ser madre en términos que la sociedad le exige.

El juicio social responsabiliza a las madres de las dificultades que pueden surgir en el desarrollo psicoafectivo de los niños, al tiempo que minusvalora las renunciadas y los cuidados maternos, considerados como la actuación “normal” e instintiva de todas las mujeres.

Crítica de estos largos enunciados que porta la maternidad, la autora Palomar Vereá (2005), se explica sobre la formación de ellos.

El proceso de construcción social de la maternidad supone la generación de una serie de mandatos relativos al ejercicio de la maternidad encarnados en los sujetos y en las instituciones y reproducidos en los discursos, las imágenes y las representaciones, produciendo, de esta manera, un complejo imaginario maternal basado en una idea esencialista respecto a la práctica de la maternidad. Como todos los esencialismos, dicho imaginario es transhistórico y transcultural, y se conecta con argumento biológicos y mitológicos. de aquí es donde se desprende la producción de estereotipos, de juicios y calificativos que se dirigen a aquellas mujeres que tienen hij@s -y que estas mismas se autoaplican-. (p. 60)

Ser buena madre supondría que todas las mujeres cuentan con una fuerza instintiva que las empuja al sacrificio y la abnegación completa en beneficio de sus hijos; atención a las necesidades ajenas en lugar de a las propias.

El amor materno es subrayado como un factor central para el desarrollo del niño, la estabilidad psíquica de la madre es considerada vital para prevenir una amplia variedad de miedos y ansiedades infantiles, se suele escuchar una frase de parte de algunos psicólogos “es que tuvo una madre terrible”. Para algunos psicoanalistas como Ana Freud, Dolto, Klein la madre como encargada de las fantasías primitivas del psiquismo del infante, así la figura de la madre remite a la relación con los traumas, como lo plasma en su texto Muñoz Colon (2009) “es a esta figura a la que se le adscribe el constituirse como dispositivo legitimador de la posibilidad de un hijo/a saludable” (p 7)

Desde esta perspectiva, cualidades sanas y positivas de relación y respuesta afectiva en la vida adulta, serían consecuencia de una buena calidad del cuidado materno la presencia constante de la madre es irremplazable para proporcionar una experiencia temprana constructiva, siendo el padre no directamente importante.

Los resultados negativos en el desarrollo del niño, los desórdenes psicológicos individuales y los males sociales son debidos a las malas prácticas maternas y ella es



culpable, así lo describe Baeza (2005) “En la jerga terapéutica es frecuente escuchar adjetivos como “madre asfixiante, esquizofrenizante, castradora, absorbente” etc. Los mismos adjetivos raramente se emplean para el padre” (p 39)

Analizando las prácticas maternas a lo largo de la historia, sostenidos por los discursos dominantes como son la creencia de que maternidad y amor están unidos desde siempre, que es un prerrequisito de toda maternidad, inscrita en algún sitio de la naturaleza femenina, que el ser madre es un destino inexorable, sobre todo el deber de toda buena mujer de ser buena madre.

En nuestra cultura el estereotipo de “madre” alude a: un determinado saber hacer maternal, el instinto materno, la paciencia, la tolerancia, la capacidad de consuelo, la capacidad de sanar, la capacidad de cuidar, de atender, de escuchar, proteger, sacrificarse, entre otras virtudes. Esta matriz representacional contribuye a la oposición antes descrita, donde el espacio público y el privado compiten por la atención de las mujeres (Verea, 2004 en Schwarz, 2009).

Y pobre de aquella que se plantee lo contrario, o reniegue de este destino, los desvíos de las mujeres, como la elección por la no maternidad o formas no normativas de crianza, maternaje y cuidado, pasan a ser objeto de teorías, intervenciones, manuales, que ve en ellas, las manifestaciones de la monstruosidad, y que frente a la falta del correlato físico o un código visual - corporal que marque dicha animosidad, se comienza a apelar a un código interno, invisible, a una psiquis no bien formada, a una psicopatología, se vuelve objeto de la mirada científica y documental.

Ciertas representaciones imaginarias hegemónicas, conviven y se disputan el terreno con nuevas producciones de significación que instituyen otros posibles para la construcción subjetiva de “una madre”. Hoy, no solo por la transformación de las significaciones sociales, sino quizá también por el avance acelerado de la ciencia, la biología -como condición para la procreación- deja de ser privativo de las “mujeres” y se abre un abanico de posibilidades muy amplio y controvertido. (parirse madre)

Una visión de la maternidad falsa idealizada, donde todo es ternura, paz y calma , forma parte del imaginario colectivo, resulta distorsionada y al mismo tiempo, ya que oculta la realidad llena de confusión y agotamiento, cuyo valor consiste en la capacidad de entrega absoluta, como atributo. Ser buena madre sería aquella que reconoce espontáneamente las necesidades de su hijo.

Gamboa Solís (2011) argumenta que “la maternidad debe regresar al lugar del que nunca debió haber salido, al sitio donde procede: la experiencia subjetiva de la madre.” (p 13)

¿Y el padre? Rastreado las concepciones predominantes de los psicoanalistas, podemos deducir que la presencia del padre es mucho menos fundamental, puede ausentarse durante todo el día, puede castigar y amar a su hijo desde lejos, sin

perjudicarlo. Encontramos una menor importancia y sobre todo de su reducida responsabilidad respecto de las perturbaciones psíquicas del niño, razón por la cual se ha hablado mucho menos del padre patógeno que de la madre patógena, del mal padre, que de la mala madre (...) hay una especie de condescendencia para con ellos. (Badinter, 1981 p.271).

Lo que está en el trasfondo de estas concepciones es la premisa de que el bienestar de los hijos es responsabilidad exclusiva de la madre

La autora Badinter (1981) expone las ideas de lo que es un buen padre en la obra de Winnicott: - la madre es responsable de la buena paternidad de su marido. - acepta que el padre no se interese mucho por su hijo, que su presencia sea solo episódica. -es el padre quien encarna la ley (p 266 - 267)

Los discursos religiosos, culturales e institucionales hegemónicos oponen las "buenas madres" a las "malas madres", las primeras respetan la normativa de género que prescribe una dedicación plena a la maternidad y maternazgo y un desdibujamiento del sujeto mujer por debajo del sujeto madre. Las segundas, que no se ajustan al mandato, son interpretadas por estos sectores, como expresiones aisladas, derivadas de trastornos mentales individuales, o manifestaciones de anomias sociales propias de los pueblos salvajes y atrasados o de las sociedades industrializadas modernas desnaturalizadas (Ávila, 2004 en Schwarz 2009)

## 2.2 Entrevistas

En el marco de este trabajo se realizaron dos entrevistas semiestructuradas, tres preguntas disparadoras abiertas:

1- ¿Cómo fue tu encuentro con la maternidad?

2-¿Qué signos viste en tu niño o niña para consultar con un equipo de salud mental? ¿Por qué ese equipo?

3-¿Cómo sentiste que fue el trato del equipo para con vos?

La intención fue dar oportunidad a recibir otros matices de la respuesta, permitiendo a las entrevistadas encauzar el relato, que ellas contarán sus experiencias, tuvieron la libertad de hablar sobre aquellos temas que le interesa, o agregar información en algún punto. Recuperar sus voces, es darle lugar a sus experiencias de dolor, preocupaciones, maltrato y desazón, pero también de mucho amor, deseos, esperanzas, búsquedas y logros.

El Libro de Angelino (2014) nos sirve de punto de partida para una relectura de las palabras de las madres, apropiarnos de sus conceptos y su entramado teórico, con el fin de correr el velo, revelar “la compleja trama que configura a estas mujeres y sus relatos, que entrecruza indefectiblemente sus distintas formas de habitar y significar sus vidas y la de sus hijos en una clave distinta a la que impone la noción hegemónica” (p. 42).

Hegemónicas también las prácticas de profesionales de la salud mental, nos dice Perrota, (2014) cuando se pierde de vista el encuadre, el saber se prioriza por sobre la apertura a la escucha de cada sujeto, no prestando el oído a la singularidad de quien consulta, no observando más allá del síntoma o la demanda de atención.

A lo largo de este trabajo vimos como el modelo de buena madre es el que impone el saber de aquello que le pasa a su niño, cómo atenderlo, como satisfacer las demandas, en una correlación directa, se sostiene la idea del saber anticipado de ellas como madres frente a un diagnóstico y un también aparente saber innato de saber lo que hay que hacer. Angelino (2014) realiza una crítica aquel modelo:

Son naturalmente mujeres que se transforman naturalmente en madres, que saben naturalmente todo lo que tienen que hacer cuando llega el momento. Su instinto maternal las guía por el camino largo y sacrificado que hace toda buena madre que se precie de tal. Si no hay instinto, no hay maternidad y posiblemente no haya feminidad. Sin esto, no hay normalidad (p. 196).

Quien logre cumplir con estos mandatos y funciones constituirá una buena madre.

Sobre este punto la mamá de la niña nos cuenta: “las pautas para actuar yo como mamá, nunca me las dieron, no no había, nadie me enseñaban y nadie me guiaba cómo tratar una crisis, qué hacer frente a una crisis.”

Continuando con la crítica al modelo hegemónico de atención que dirige sobre la madre juicios valorativos sobre la tareas de cuidado la autora nos cuenta: “en discapacidad, el cuidado –sobre todo, materno– es un cuidado vigilado. Resulta un cuidado bajo vigilancia por el modelo médico y la ideología de la normalidad. Pero es una vigilancia fundamentalmente orientada al accionar de la madre o quien cumpla la función maternal” (p. 198).

Esto lo podemos observar en el relato de las madres entrevistas número 1 que figura en el Anexo del presente trabajo: “me acusaban de mal trato, de ser la causante de sus crisis, una vez que entrábamos ahí no nos dejaban salir”, “me pusieron una psicóloga a mí, porque en definitiva me acusaban de que todos los problemas venían por mi culpa”

La mamá del niño, en la entrevistas número 2 que figura en el Anexo del presente trabajo, también cuenta: “me dijeron; mentirosa, que yo le estaba buscando problemas al nene, que el nene no tenía nada” “(sobre la psicóloga) ella creía que yo mentía y discúlpame pero vos estás inventando me dijo”.

El testimonio de las entrevistadas hace pensar en cómo opera el dispositivo moralizante que configura la noción de buena madre que cuida de sus hijos, y si algo sucede, si vemos un corrimiento en lo esperable, lo que escapa a la “normalidad”, se pone en duda el sano juicio y la capacidad de la madre.

Cuando la mamá del niño (entrevistas n° 2 Anexo) nos dice que desde los cincuenta y dos días de nacido busca explicaciones médicas a lo que ella percibe como un malestar, por lo que consulta con la pediatra, neurología, gastroenterología, genetista, y demás especialidades médicas podemos encuadrarla en lo que Angelino (2014) argumenta:

Cuando el niño o niña quedan atrapados por el diagnóstico médico y sus prerrogativas, las madres quedan sujetas a una secuencia de provisión de cuidado donde deseo y subjetividad quedan en suspenso. Lo que hay que hacer aun cuando el niño o niña no quiera o se canse o resista. Hay que hacer lo que el médico dijo o receto (p. 200).

Las intervenciones se realizan sobre el cuerpo de las responsables de cuidado, y casi siempre son mujeres, sobre las que recaen los discursos sobre la maternidad, a lo cual Angelino (2014) teoriza:

Las mujeres ponemos el cuerpo, siempre las madres están ahí, en la sala de espera, en la entrega de informes, en las reuniones, a la espera de lo que vendrá. “Poner el cuerpo”, “en pie de guerra”, “al pie del cañón”, “en nuestra misión como madres cuidadoras” son todas frases que en las narrativas se dibujan para expresar el espesor de ciertos mandatos (p. 206)

No sin ambivalencia del agotamiento y el mandato de no poder dejar de cuidar, de no poder parar, porque el aparente equilibrio de los hijos recae sobre ellas, porque el cuerpo materno debe aguantar, hasta lo inaguantable, así nos cuenta la mamá del niño:

“Siempre fui al hospital porque no tenía mutual; así que eso de los turnos, conseguir la medicación, quedarse a dormir, para que me vea la neuróloga, venía los lunes, yo ya me quedaba el sábado a la noche a dormir en los pasillos”. (Entrevista n° 2 Anexo)

La mamá de la niña también relata haber puesto el cuerpo:

“desesperación para agarrarla para que no se cruce la calle, no sé, parece que la rasguñe. Conclusión terminé yo revolcada en la calle, por Mi Niña, y todos me acusaban a mí de violencia. Entonces, me la sacan a Mi Niña de la calle, se la llevan la internan sin mi autorización y a mí me echan del hospital. A lo cual yo estaba lleno de moretones, porque Mi Niña me tiró, me revolcó en la vereda, me pateaba, me hacía de todo, nadie me ayudaba.” (Entrevista n° 1 Anexo)

La identidad femenina vinculada a la ética del sacrificio, convertido en un valor en sí mismo, sin el cual la maternidad perdería parte de su sentido, mejor madre, se cree, cuanto más dura es la maternidad y, por el contrario, la expresión de la voluntad consciente de no sufrir, como plantea Gimeno, (2017):

“Sufrir o incomodarse lo menos posible suele ser recibida con desconfianza por lxs profesionales, lxs expertos/as e incluso la familia. (...) la mala madre, que es la que huye del sacrificio, la que se preocupa por sí misma y que, por tanto, es egoísta. Egoísta es lo peor que puede ser una madre”

Las palabras lanzadas hacia las entrevistadas como flechas envenenadas que, aunque no las doblegaron, dejaron marcas profundas en sus corporalidades y subjetividades. Sí vemos que aparecen en los relatos algunas figuras significativas, dislocando ciertos discursos de horror que facilitaron el encontrar puntos de apoyo para transformar esas situaciones. Podemos encontrar ciertos profesionales “bálsamos” que alojaron esas madres, que escucharon el dolor al tiempo que comprenden el sufrimiento, no hay continuidad con la cadena de prácticas hegemónicas más bien fueron trabajadores que dieron sentido a la palabra, escucha de cada sujeto. Como relata la mamá de la niña una vez que encontró profesionales que supieron escuchar el sufrimiento de ambas:

Cuando logré salir de ahí, este, me propuse no volver. Mi Niña para todo eso ya estaba desde hacía varios meses atendida en Otra ciudad con su psiquiatra y, bueno, y después de ahí la psiquiatra fue la que recomendó un tratamiento diferente a lo que le venían dando acá. Tanto en la medicación que se disminuyó un montón prácticamente el cincuenta por ciento y con mucho más

efecto que lo que le indican acá, y también con un tratamiento psicológico cognitivo conductual, que, sin lugar a dudas, dio resultado y que no se trataba de de ninguna otra situación, sino de encontrar el tratamiento adecuado.

desde que la trato en Otra ciudad, si bien hay dificultades en su conducta, aprendizaje y vida cotidiana, no hemos recurrido a más internaciones desde hace tres años. Hoy tenemos una vida casi normal. Pero el padecimiento de esos días fue indescriptible. (entrevista n° 1 Anexo)

También la mamá del niño vivió una experiencia similar cuando se sintió escuchada, cuando su voz encontró oídos que le prestaron la suficiente atención, con la correspondiente reparación:

Seguí buscando y di con esa neuróloga que me recomendaron que venía una vez por mes a Paraná y trabajó 20 años en el Garrahan esa la pagué era y fue la única, que es más había un pasillito en la sala de espera que estaba lleno de gurises y todos con distintos diagnósticos por supuesto y era una batalla campal cada vez que ella abría la puerta para llamar a un paciente, los gurises se veía que se tiraban de todos lados y bueno cuando me toca a mí me dice que ya sé por qué venís y me dice por esto y esto y no me y me quedé mirándola y me dice qué te pasa y le digo yo que es que la primera vez que algún alguien me hablaba así y aparte que uno se siente escuchado

Me dijo mira primero el nene sí tiene algo yo lo observo cada vez que abro la puerta está colgado de algún lado es propenso accidente, lo segundo es que te quedés claro que vos no estás loca porque seguramente te lo habrán dicho, incluso no tuve que decirle nada porque ella lo vio y lo describió me dice me imagino lo que es y ella me lo describió como si lo hubiese conocido y lo veía de cada vez que abría la puerta nomás, es más yo a ella la vi esa sola vez y no la vi nunca más Ella me hizo el certificado y de ahí ya arranqué ya en la parte particular pero fue la única, pero ya te digo 20 años en el Garrahan una mujer grande con mucha experiencia y no quiero decir que no tengan experiencia estas otras pero ella tiene un ojo clínico que las otras no supieron verlo. (entrevistas n° 2 Anexo)

En relación con lo expuesto anteriormente podemos agregar lo expuesto por Nieva Serrano, (2018) “habiéndose demostrado que es la experiencia del vínculo emocional con el/la propix terapeuta una de las herramientas más eficaces para generar cambio en el psiquismo” (p 217).

Es oportuno pensar que a partir de las actitudes como empatía, consideración positiva incondicional, por parte de los profesionales de la salud mental, ofrecen a las mujeres un encuentro con su maternidad con total respeto aceptando las vivencias que forman parte de ellas, nos encontramos con intervenciones más horizontales y

empáticas, siendo las experiencias de las pacientes positivas y amorosas, dando por resultados vínculos terapéuticos más saludables

## Conclusiones

La intención de realizar este trabajo fue deconstruir los supuestos en torno a la maternidad en la teoría, sino también de las prácticas.

Deconstrucción al modo de entender de Solodovsky (2019):

Este concepto proviene de la filosofía, traducido por Derrida de un texto de Heidegger, hace referencia a la des-sedimentación de conceptos y discursos. (...) Una persona que ejerce la deconstrucción puede ver a qué estereotipos o ideas socialmente aceptadas y naturalizadas corresponden sus pensamientos y acciones en relación a diferentes temas, en este caso, podríamos hablar de ejercicio de roles y decidir qué hacer con eso de manera consciente (p 45).

Luego de deconstruido es necesario construir relaciones terapéuticas horizontales, poniendo atención a nuestros propios discursos dominantes, a los discursos sociales dominantes que pueden suponer sufrimiento, para alojar a los otros y otras en su singularidad.

Si no se realiza una revisión de los postulados teóricos heredados, se analiza con viejas argumentaciones los nuevos problemas que se presentan en la clínica, en una repetición dogmática como acto de fe, por lo tanto es pertinente, el ejercicio de ruptura respecto a los textos originales.

La perspectiva de género como herramienta para abordar la clínica del acompañamiento terapéutico, permite trabajar despojadas y despojados de los estereotipos, así como también de los reduccionismos con respecto a la figura materna en sus diferentes conceptualizaciones de valor negativo como madre fálica, cuando se nombra el estrago materno o de la figura sacrificial de madre suficientemente buena o “madre hay una sola”.

A partir de ahora y sabiendo que la maternidad es una construcción histórica social y política, es imprescindible darle la voz a las madres, lo que humildemente pretende este trabajo, los relatos de las madres que me prestaron su relato, presentes en este escrito son intensos, duros, perforantes, difíciles de digerir, pero a la vez llenos de amor, lucha.

En el análisis de esas entrevistas se pudo develar tramas discursivas que han condicionado la construcción subjetiva de la maternidad y han llegado a limitar, (o intentado) desde un discurso estigmatizante por parte de los profesionales que atendieron a sus hijos.

Como bien sabemos “Las palabras son, en mi no tan humilde opinión, nuestra más inagotable fuente de magia, capaces de infringir daño y de remediarlo”<sup>1</sup> estas

---

<sup>1</sup> Albus Dumbledore, en Harry Potter y la piedra filosofal.



madres fueron remediadas en su función cuando lograron encontrar un equipo de salud mental que las contenga, les de voz y validación de las tareas realizadas.

## Bibliografía

- Adams, P. (1992). Hacer de madre. *Debate Feminista*, 6, 183–198.  
<https://www.jstor.org/stable/42625657>
- Angelino, M. A. (2014). *Mujeres intensamente habitadas. Ética del cuidado y discapacidad*. Fundación La Hendija.
- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX* (1a Edición castellano). Paidós/Pomaire.
- Baeza, S. (2005). Familia y género, las transformaciones en la familia y la trama invisible del género. *Praxis Educativa*, 9(9), 34–42.
- Castro, J. (2018). *Estigmatización del rol materno en la teoría psicoanalítica: De la rectificación subjetiva a la culpabilización yoica. Observaciones del concepto de estrago materno*. [www.elsigma.com](http://www.elsigma.com).  
<https://www.elsigma.com/genero-y-psicoanalisis/estigmatizacion-del-rol-materno-en-la-teoria-psicoanalitica-de-la-rectificacion-subjetiva-a-la-culpabilizacion-yoica-observaciones-del-concepto-de-estrago-materno/13373>
- Chairo, L. (2011). *Parirse "Madre"*. <https://elpsicoanalitico.com.ar/>.  
<https://elpsicoanalitico.com.ar/num7/sociedad-chairo-maternidad-construccion-de-subjetividad-historico-social.php>
- Corrales, J. (30 de Octubre de 2015). *Construcción de la Función Materna. Una mirada desde el psicoanálisis en relación a prácticas, discursos y significados*. Facultad de Psicología. Universidad de la República Uruguay.
- Donoso, C. C. (2013). *De madres y de expertos: saber/poder en el discurso "psi" sobre el cuidado materno* [Universidad de Barcelona].  
[https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99201/1/CCD\\_TESIS.pdf](https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99201/1/CCD_TESIS.pdf)
- Feminismos y Psicologías*. (2022). [Review of *Feminismos y Psicologías: una apuesta por una ética inclusiva*, por C. Delladonna & R. Uceda].  
<https://www.topia.com.ar/editorial/libros/feminismos-y-psicologias-una-apuesta-una-etica-inclusiva>.

- Frank, María Laura. (2017). Abordajes en AT una mirada ampliada hacia la familia. En María Laura Frank, M. Costa, & D. Hernández (Eds.), *Acompañamiento Terapéutico Clínica en las fronteras* (pp. 67–74). Brujas.
- Frank, Maria Laura. (2021). *Prácticas Supervisadas de la Tecnicatura en Acompañamiento Terapéutico Universidad Nacional de Córdoba Acompañamiento en la ruta crítica de las mujeres en situación de Violencia*. <https://www.aatra.org.ar>.  
<https://www.aatra.org.ar/biblioteca/2022-08-indo-aatra-n-10/info-aatra-diciembre-2021.pdf>
- Gamba, S., & Diz, T. (2021). *Nuevo diccionario de estudios de género y feminismos*. Editorial Biblos.
- Gamboa Solís, F. de M. (2011). La subversión del pecho femenino como objeto paradigmático del amor sacrificial: entre la sexualidad y la maternidad. *UARICHA Revista de Psicología*, 8(16), 13–24.
- Gimeno, B. (2017, mayo 5). *Madres en la trampa del amor romántico*. Revista Anfibia; Anfibia. <https://www.revistaanfibia.com/madres-la-trampa-del-amor-romantico/>
- Giollorenzi, M. L. (2017). Crítica feminista sobre la noción de la buena madre. *Revista Reflexiones*, 96(1), 87–95.
- Gutman, L. (2014). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra* (1a Edición). Del Nuevo Extremo.
- Lozano Estivalis, M. (2001). *La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente* [Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Ciències de la Comunicació]. <https://ddd.uab.cat/record/38223>
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psykhé*, 15(2), 93–103.
- Muñoz Colón, A. (2009). Maternidad: significante naturalizado y paradójal: desde el psicoanálisis hasta el feminismo. *Revista Psicologías*, 1. <http://psicologias.uprrp.edu/articulos/maternidad.pdf>

- Nieva Serrano, P. (2018). Hombres y profesionales de la salud mental: hegemonía del poder. En C. Clemente & C. Osorio (Eds.), *Transpsiquiatría. Abordajes en salud mental* (pp. 208–221). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Oiberman, A. (2005). Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate*, 5, 115–130. <https://doi.org/10.18682/pd.v5i0>
- Palomar Vereá, C. (2004). “Malas madres”: la construcción social de la maternidad. *Debate feminista*, 30, 12–34. <https://doi.org/10.22201/cieq.2594066xe.2004.30.1046>
- Palomar Vereá, C. (2005). Maternidad: historia y cultura. *Revista de Estudios de Género La Ventana*, 22, 35–67.
- Perrota, G. (2014). El Rol del Psicólogo en el Equipo Interdisciplinario de Salud. En E. Grande & Trimboli (Eds.), *Cuerpo y Subjetividad* (pp. 373–375). AASM. <https://isbn.cloud/en/9789872347895/cuerpo-y-subjetividad>
- Pozzerle, J. (2018-2020). *Transversalizar la Perspectiva de Género en el Acompañamiento Terapéutico*.
- Romero Guzmán, M., Tapia Tovar, E., & Márquez, C. M. (2020). *Vista de abanico de maternidades. Un estado del arte desde los aportes feministas*. Unam.mx. <https://doi.org/10.22201/cieq.2594066xe.2020.59.07>
- Rossi, G. (2013). *Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores* (3a Edición). Polemos.
- Schwarz, P. (2009). *Pensar la maternidad como desafío teórico, histórico y político.. Un análisis de las conceptualizaciones de la teoría de género sobre la maternidad* (XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Ed.). <https://www.aacademica.org/000-062/886>
- Serrano, P. N. (2018). Hombres y profesionales de la salud mental: hegemonía del poder. En M. T. y C. O. M. Climent Clemente (Ed.), *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental* (pp. 208–221). Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Solodovsky, M. (2019). Maternidad, feminismo y los pioneros de la Terapia Sistémica Relación y vigencia en el siglo XXI. *Redes revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 40, 39–52.

Vivas, E. (2019). *Mamas desobedientes. Una mirada feminista a la maternidad* (2a Edición). Capitán Swing Libro.

## Anexo

### Entrevista 1 Mama de la niña

Mi encuentro con la maternidad sucedió hace cuatro años. Soy mamá adoptiva. Esperé mucho tiempo poder serlo, perdí muchos embarazos en forma natural, luego por tratamientos de fertilidad, hasta que llegó Mi Niña. Mi maternidad fue muy buscada, de hecho la busqué con mi primer pareja, luego en soledad y por último con mi tercera pareja, pero murió diez meses antes de la adopción. Ha sido muy difícil maternar a una niña grande (desde los 8 años de edad), con muchísimas dificultades y problemas psiquiátricos que se manifestaron a los diez meses de convivencia, causados probablemente por abusos físicos y psicológicos de su primera infancia y por el abandono. El registro de adoptantes RUAER, no brindó toda la información quizás por temor a que me arrepintiera, pero estoy segura que conocer con certeza sus dificultades no me hubiera hecho desistir de mi deseo, sino que me hubiera ayudado a prepararme para resolverlos o anticiparme a ello, pero también debo reconocer que los tratamientos que tiene hoy mi Mi Niña resulta imposible que los brinde el Estado., pues son muy costosos. De todos modos estoy muy feliz con mi rol, pero resulta muy complejo ser madre soltera de una niña con discapacidad.

Cuando Mi Niña vino a vivir conmigo tomaba una medicación psiquiátrica que yo desconocía que tomaba. El tiempo comenzó con lo que yo llamaba "berrinches", a un nivel desmedido sobre todo para una niña de 9 años, al principio pensé que eran propios de su situación por los cambios de vida, pero éstos se iban incrementando hasta que tuve que internarla tras muchos días sin calmarse ni dormir. resultaron ser ataques de excitación psicomotriz frente a cualquier límite. Así las cosas tuvimos diez internaciones en nueve meses, prácticamente no vivíamos más en casa, sino que estábamos todo el tiempo hospitalizadas. De hecho nada cambiaba y Mi Niña cada vez tomaba más medicación, y comenzaba a empeorar, y así pasamos la pandemia COVID 19, hasta que la llevé a Otra ciudad con una psiquiatra infantil quien nos cambió la vida, primero ajustó medicación y luego que Mi Niña se tirara del Balcón y salvara su vida por milagro, Mi Niña comenzó un tratamiento psiquiátrico y psicológico con un equipo cognitivo conductual (psicóloga, Terapeuta ocupacional y psicopedagoga) pues tiene retraso mental, tgd, autismo leve y problemas cognitivos.

3) Las situaciones vividas en las internaciones en el Hospital de niños fue terrible, pues en vez de colaborar me acusaban de mal trato, de ser la causante de sus crisis, una vez que entrábamos ahí no nos dejaban salir y Mi Niña tomaba más medicación que un adulto psiquiátrico, mi desolación, desesperación y miedo por la salud de mi Mi

Niña era tremendo. De hecho desde que la trato en Otra ciudad, si bien hay dificultades en su conducta, aprendizaje y vida cotidiana, no hemos recurrido a más internaciones desde hace tres años. Hoy tenemos una vida casi normal. Pero el padecimiento de esos días fue indescriptible. El hospital no cuenta con personal especializado en psiquiatría infantil, y mucho menos con capacidad para tratar dichas patologías..

A ver, cuando a Mi Niña la comenzaron a tratar acá el equipo de salud mental del hospital, lo que hacían era darle medicaciones a extremo, era impresionante la cantidad de medicación y ahí le cambiaban y ahí le probaban y le cambiaban y ahí le probaban. Era tomar, no sé, cada tres horas, una medicación diferente cantidades que me asustaban para un niño.

Primero, solo era tratarla con medicamentos. Ya a eso, porque Mi Niña comenzó con los problemas comenzó en diciembre del diecinueve, y las internaciones siguieron hasta septiembre del veinte. Toda la pandemia. Entrábamos y salíamos. Era, no sé, quince días, tres semanas internada, dos días en casa, una semana en casa, volvíamos a estar internada, estuvimos llegamos a estar hasta cuarenta y cinco días, digo, estábamos, porque éramos las dos, yo internada con ella. Así que, bueno, tremendo. Después de, no sé, habrán pasado cuatro o cinco internaciones, siempre le el equipo de psicólogos iba y la trataba mientras ella estaba internada. Mi Niña tenía su psicóloga particular en ese momento. Pero, bueno, tampoco hacía nada. Y yo, este, la psiquiatra que le atendía Mi Niña en hospital tampoco me hablaba nunca de de todo lo que es lo cognitivo conductual, nunca me mencionó, me decía que no se sabía qué era lo que tenía, que, bueno, no no le podía definir ni dar un diagnóstico, porque era chica, porque los problemas de salud mental recién como que se pueden evaluar a partir de la adolescencia. Así que nadie sabía decirme que tenía, que era, cómo era. Hasta que, bueno, pusieron después, este, la primero, bueno, cuando ya tuvimos un, no sé, habrán sido cuatro internaciones, La psicóloga decide continuar con ella por fuera de las internaciones, la psicóloga del hospital, así que íbamos una vez por semana al principio al principio de miento era online. Mi Niña no podía sostener las terapias online porque se distrae, porque no sigue la conversación. Entonces, este, después cuando algo se liberó, empezamos a ser presenciales, Eso habrá sido julio del veinte, y vamos primero una vez por semana, a ver habrá sido hace un mes, después ya se espació, porque el hospital no podía brindarle tanta atención. Después me pusieron una psicóloga a mí, porque en definitiva me acusaban de que todos los problemas venían por mi culpa, que yo no había generado el vínculo, que yo no la entendía, que Pero las pautas para actuar yo como mamá, nunca me las dieron, no no había, nadie me enseñaban y nadie me guiaba cómo tratar una crisis, qué hacer frente

a una crisis. Cómo reaccionar frente a las crisis. Nunca, nunca, nunca me dieron una guía que qué podía hacer yo para enfrentar esas crisis.

La última internación, cuando yo decido cambiar de equipo, Mi Niña se frota, habíamos ido a buscar la medicación y Mi Niña quería quedarse, entonces yo salgo del hospital. Cuando salgo del hospital, Mi Niña se me escapa, con la cual yo la alcanzo a manotear de la parte de atrás. No recuerdo que usaba una remera, un un suéter, era en septiembre. Y yo se ve que en esa desesperación para agarrarla para que no se cruce la calle, no sé, parece que la rasguñe. Conclusión terminé yo revolcada en la calle, por Mi Niña, y todos me acusaban a mí de violencia. Entonces, me la sacan a Mi Niña de la calle, se la llevan la internan sin mi autorización y a mí me echan del hospital. A lo cual yo estaba lleno de moretones, porque Mi Niña me tiró, me revolcó en la vereda, me pateaba, me hacía de todo, nadie me ayudaba. Yo no la soltaba porque yo decía la suelto, se me cruza la calle, iba a ser un desastre, la va a matar un auto. Así que, bueno, me fui yo a hacer la denuncia Hago la denuncia de fiscalía de todo lo que había pasado, fiscalía me manda sea, la parte de medicina forense, me revisan, corroboran los golpes que yo tenía, que mi cuerpo, no sé, no había un lugar donde no hubieran moretones. Era tremendo lo golpeada que estaba tremendo, y presionaba realmente, presionaba. Y, bueno, la fiscal determinó que yo tenía que estar en el hospital, así que mandó la orden cuando me dijo la fiscal, llamó y ellos te tienen que atender y tenés que poder entrar al hospital y estar con tu Mi Niña. Bueno, y así fue. Nos mandaron a posta respiratoria en medio del COVID. Yo autoimmune con lupus no tenía que, o sea, no no podía no podía agarrarme COVID, porque, bueno, realmente mi salud corría peligro. Ellos estaban al tanto, yo tenía los certificados médicos me pusieron en posta respiratoria donde se iban a atender todas las personas, los niños con COVID o sospechados de COVID. ¿Qué pasó? Obviamente, me agarré COVID. Así que, bueno, si voy a hablar de maltrato, no sé, he pasado las peores cosas. ¿Sí? Obviamente, me han maltratado, me han maltratado diciendo que yo era mala madre, que yo no cuidaba a mi Mi Niña, que yo no había generado vínculo, el estigma de ser madre adoptiva. Así que porque yo era madre adoptiva, no me ocupaba de mi Mi Niña, no tenía no tenía vínculo, no generaba vínculo, no me preocupaba por generarlo y, no sé, y mejorar, no sé, los cuidados, la atención los brote. Así que, bueno, la verdad que fue todo terrible, la peor de las experiencias.

Como mamá no no me brindaban nada, al contrario, me acusaban y me decían que Mi Niña estaba como estaba por mi culpa. Supongo que me acusaban de violencia, supongo que me acusaban de descuido, supongo que así fue cuando Mi Niña se tira del balcón. Que estuve, Mi Niña tenía el alta a los quince días, porque una vez que a



Mi Niña se le hizo la cirugía, se la ingresó, ya estaba en condiciones de venir a la casa. Me retuvieron tres semanas más Yo tenía la orden del fiscal también del sobreseimiento, porque se investigó y, bueno, y no había signos de violencia en casa. Los los estaban de testigos los vecinos que sabían que no había vivido un brote de esta esa vez de parte de Mi Niña. Que no estaba en una crisis, nadie la escuchó en crisis, nadie escuchó ninguna pelea, no hubo, ese día no hubo pelea. Pero yo seguía acosada y estaba prisionera por el equipo de salud mental, del hospital de niños y nadie me daba una respuesta de por qué no me dejaban ir hasta que, bueno, yo como abogada, hablé con la fiscal. La fiscal tuvo que llamar al hospital para ordenar el alta Y así fue como pude salir. Porque salí prisionera, no sé, de encarcelada en un hospital. Cuando Mi Niña necesitaba estar en la casa, porque su situación emocional también ya los últimos días tuvimos cuarenta días internada o cuarenta y cinco días internada, y ya Mi Niña también, quería venir a la casa, no tenía nada de su juguetes ni de sus comodidades ni era vida. O sea, ya ni para ella ni para mí. Así que qué bueno. Cuando logré salir de ahí, este, me propuse no volver. Mi Niña para todo eso ya estaba desde hacía varios meses atendida en Otra ciudad con su psiquiatra y, bueno, y después de ahí la psiquiatra fue la que recomendó un tratamiento diferente a lo que le venían dando acá. Tanto en la medicación que se disminuyó un montón prácticamente el cincuenta por ciento y con mucho más efecto que que lo que le indican acá, y también con un tratamiento psicológico cognitivo conductual, que, sin lugar a dudas, dio resultado y que no se trataba de de ninguna otra situación, sino de encontrar el tratamiento adecuado.

## **Entrevista 2. Mama del Niño**

¿Cómo fue el encuentro de tu maternidad de tu Niño?

Fue un embarazo de riesgo por un antecedente, nació a las 39 semanas por parto natural, todo normal, hasta ahí todo bien. Si notamos que lloraba mucho apenas me dieron de alta tenía episodios largos de llanto por ejemplo nació el miércoles el viernes me dieron el alta y el sábado ya estábamos en el hospital pensé que tenía algo dolor de oído de panza o algo porque lloraba mucho.

Después cambié de pediatra porque ya tenía cómo 52 días de nacido y seguía con episodios de llanto entonces me cambio de pediatra para ver si ven algo más específico ahí me dijo que el nene tenía un tono muscular alto que estaba muy tenso, está muy irritable y no tenía una respuesta lumínica que te hacen con la linternita a la vista no respondió estímulos de Luz entonces le mandaron estudios una ecografía cerebral y un fondo de ojos.

Pero ella ya veía algo neurológico, a los 52 días arrancamos los estudios pero dio todo normal lo de la vista era porque lloraba mucho entonces la vista nos está

desarrollando, que los bebés nacen y la vista se sigue desarrollando y bueno él no estaba respondiendo a estímulos porque veía atrasado por lo mismo que estaba tan irritable y lloraba pero estaba bien en la vista no tenía nada y la ecografía también salió normal de ahí siguió con esos episodios de llanto que me dijeron que eran espasmos de sollozo y hasta el año lo esperamos para ver otra cosa porque no podíamos ya que era un bebé.

Después al año cuando él empieza a caminar él empieza a hablar poco porque tenía un año pero iba a la guardería porque yo trabajaba había algunas palabras que decía y cantaba por ejemplo a guardar a guardar cantaba, desde el día que empezó a caminar no habló nunca más hasta los 4 años, no hablo más; que empezó con hiperactividad y de ahí agarramos otro camino fuimos más para lo neurológico y arrancamos con la neuróloga, todo eso y fue medicado por hiperactividad con ansiolíticos tenía un año y tres meses ahí empezó con medicación hasta el día de hoy está medicado y bueno de ahí del año que empezó con la medicación tuvimos un largo recorrido con terapeuta ocupacionales psicopedagogas hasta llegar a un diagnóstico recién a los 3 años después de la tercera neuróloga porque esa no me daba diagnóstico me medicaba pero no me daba ningún diagnóstico y tampoco me daba para hacer un certificado ni nada de eso.

La tercera neuróloga que veo ella sí ve indicio de otros trastornos como por ejemplo déficit de atención, oposicionista desafiante y la hiperactividad que era lo que más marcado estaba ahí ya que tenía 3 años y medio y ella me hace el certificado arrancamos con todas las terapias el primer diagnóstico fue sí hiperactividad, tda y odd y de ahí el certificado cada vez que se renueva va cambiando el diagnóstico, otros nombres, porque él es como que va avanzando o le ponen otros nombres, otros códigos.

Eso fue más o menos el recorrido del pequeño hasta el diagnóstico, hasta los tres años ya que era chiquito y no se podía diagnosticar porque era un bebé, por lo general se diagnostica en la escuela o a los tres años recién, es como que veníamos muy apurados.

en principio sí, cuando lo lleva a la pediatra, que ella le mandan los estudios cuando tenía 52 días la pagué yo, porque quería otra opinión, pero después siempre fui al hospital porque no tenía mutual; así que eso de los turnos, conseguir la medicación, quedarse a dormir, para que me vea la neuróloga, venía los lunes, yo ya me quedaba el sábado a la noche a dormir en los pasillos, ahí me reemplazaron mis hermanas, me llevaban mates hasta el lunes que venía la neuróloga, porque venía gente de afuera, era impresionante, y después, cuando yo consigo el diagnóstico, el certificado yo me hago el monotributo social, cuando yo ya estoy ingresada en osecac meto el

certificado de discapacidad, porque sino no me iban a aceptar y a partir de ahí es como que ya cambió porque empezó a tener todas las terapias que necesitaba.

¿Cómo fue el trato en el sistema público? ¿Cómo te trataba el área de salud mental? tratar te trataban como en cualquier caso, primero, bueno, tenes que llevar una derivación, para llegar a la parte de salud mental del hospital primero hubo que hacer un montón de cosas para descartar que no sea otra cosa, porque él vomitaba mucho, entonces hubo que descartar con el gastroenterólogo que no sea algo del estomago, se le hicieron estudios de reflujo, de recorrido, con cámara, con contraste para descartar otras cosas, porque a lo mejor vomitaba porque era celíaco, por eso, se le hizo un montón de estudios para decir que esto era algo fuera de lo estomacal, y ahí caigo en la parte de salud mental del hospital y empiezo con la psicóloga, lo que pasa es que en la parte pública te da media hora una vez al mes porque estaba saturado como siempre, entonces no era algo que tuviera continuidad, entonces era como que se perdía, si bien lo ayudaba, una vez al mes tenía que volver a conocer al nene, porque el nene no se adapta, pasaba rápido el tiempo, eran 20 minutos, y bueno pedí una consulta con la psiquiatra

Ahí me hicieron una entrevista a mi sin el nene, donde ellos determinaron de que el nene no tenía nada y que yo le inventaba diagnósticos, para decirlo en mejores palabras de las que me dijeron; mentirosa, que yo le estaba buscando problemas al nene, que el nene no tenía nada, porque él estaba yendo a la psicóloga de ahí, y a la terapeuta ocupacional, pero claro, lo veían en lapsos muy cortos, en esa reunión no estaba ella la psicóloga habían hecho un informe o habían hablado porque no vi un papel (en la reunión con el jefe de servicio y no recuerda quien más) como que en esas sesiones tampoco no manifestaba todo lo que pasaba en mi casa, porque en 20 minutos el chico no va a vomitar... ahí tenía 3 años y pico,

en la reunión me dicen que el nene no tiene nada, que lo enfermo yo, sin ver al nene ni nada, ellos no lo vieron, se llevaron supuestamente por lo que había dicho la otra chica que lo veía en la parte de salud mental, bueno cuando a mi me hacen la entrevista ellos, ahí estaba un psicólogo y estaba una psiquiatra, supuestamente yo tenía con una, pero ella no me atendió ese día, me atendió una chica otra como ellos me hacen una entrevista y me hacen preguntas personales me preguntó si era mi único hijo, le digo que no que era el segundo y que el primero lo había tenido prematuro y que había vivido tres días, entonces yo digo que se agarraron de eso que yo les conté porque me dicen que Mi Niño no tenía nada y que en realidad estaba poniendo muchas expectativas en él, por mi otro hijo que yo había perdido entonces era como que yo estaba esperando mucho de Mi Niño y como no se cumplían mis expectativas yo estaba buscando como que el nene tenía un problema, era que

básicamente la que tenía un problema era yo más allá de que yo sabía que necesitaba un apoyo psicológico pero por lo que estaba pasando

Pero no recibiste contención? No

de cómo tratarlo a él? No claro siempre termina haciendo tu culpa, él estaba yendo a otro centro estimulación, él estuvo yendo ahí bueno ellos trabajan distinto porque por ejemplo vos vas a ir a la terapeuta ocupacional y ellos trabajan distinto trabajan todos juntos entonces vos el día que tenías turno no sabías quién te iba a atender capaz que te veía la psicóloga. Ellos trabajaban así y le hacían cámaras Gesell, lo evaluaban yo ahí tenía apoyo psicológico la misma psicóloga que lo veía él también me veía a mí cada 15 días y bueno cuando yo fui un día que les conté que mi intención era conseguir el certificado para poder tener más apoyo en las terapias ella me dice que no, que los papeles que yo me olvidara de esa planilla, andaba con una planilla del Iprodi, ese día y la psicóloga me dice que no,

que yo me olvidé de eso que los papeles de esos los rompiera que los tirara que no estaba para un diagnóstico y que me disculpara pero ella creía que yo mentía y discúlpame pero vos estás inventando me dijo; aparte de otras cosas que me decía que usaba palabras suisógenas y depresógenos porque yo decía la palabra *siempre* y *nunca*; cuando yo me expresaba usaba mucho esas palabras, que por ejemplo siempre Mi Niño vomita, nunca nadie lo quiere cuidar; porque también en un año tuvo diez niñeras porque nadie lo podía contener. Entonces ella me decía que yo usaba dialecto suisogeno y depresógeno y que ellos veían que no tenía nada y de que yo inventaba, yo mentía, yo contaba todo lo que pasaba en mi casa, porque las veces que él fue observado porque ahí hay un vidrio y ellos miran el otro lado, traían ya parecía adrede o no lo sé justo ese día el nene se ponía bien porque parece que lo estaban mirando y el nene no hacía nada se portaba bien traían juguetes que eran nuevos cajas sin abrir entonces obviamente El nene se entretenía con el juguete y se portaba re bien, pero llegábamos a mi casa y era un un.... Está bien capaz que ellos no observaron pero a mí me parece que no era la forma de que si yo estoy ahí es porque estoy siendo derivada de la neuróloga no son las formas de tratar

Nunca te dieron tips para vos, para cómo tratarlo a él etcétera? En realidad lo que ellos querían era que yo hiciera un tratamiento psicológico y que el nene ya lo daban de alta es más ellos lo dieron de alta de ahí, No me quedé con eso porque yo sabía que eso no era así, pero todo el tiempo ellos me decían que nosotros sentimos que está faltando la verdad como que yo mentía

Pero no te daban tips para cuidarlo? Sí- pero te dan pero partían de que vos eras mentirosa- claro era como diciendo sí vos podés hacer esto y lo otro Pero sabemos que vos estás diciendo mentiras, era como que a mí no me servía. Una vuelta tuvimos una reunión mi pareja y yo y Mi Niño los tres y estaban todas las chicas ahí

observando y una y una situación en la que también se largó a llorar e hizo una arcada y como siempre vivía vomitando yo dije ahí va a vomitar porque fue como una reacción mía al decir miren ahí va a vomitar, entonces la psicóloga se enojó y empieza a gritar y nos dice: ves que son ustedes porque dicen decís vos estás provocando que el chico vomite, porque vos estás diciendo y ahí va a vomitar entonces va a vomitar porque vos lo estás diciendo y no le digo lo que pasa es que yo ya sé que hacer hace la arcada y después viene el vómito,

Todo se basaba en lo que había pasado a mí por ejemplo las sesiones también ella me daba el espacio para mí pero era siempre tratando de buscar como que yo estaba mal por lo anterior (la muerte de su primer hijo) y yo estaba mal psicológicamente eso era porque por ejemplo me decía cómo es tu otro fin de semana y yo le decía no Bueno pasó esto y lo otro y fui al cementerio porque fue el cumpleaños de mi otro hijo, entonces ella me decía bueno y el niño, cómo estuvo qué pasó cómo reaccionó no era un espacio para mí en realidad era como que usaba me usaba a mí y yo sentí y yo me sentí usada como diciendo me escarbaba a mí, para decir ves que en realidad es por esto esto y esto no me sentí contenida más allá de que me dieron un espacio y lo agradezco pero no, a mí no me sirvió Ese día nos gritaron que me parece muy poco profesional porque se supone que ellos no tienen que tener esa reacción de levantarse y empezar a gritarte como que ve que sos vos que lo enferma y después te la pasas de médico en médico así viste y después al otro día ese día yo me fui re mal y mi marido dijo yo no vengo más para para que para estas para que estas me griten, porque ellas no saben todo lo que pasamos y después en la próxima sesión que yo fui me pidieron disculpas porque se dieron cuenta de que reaccionaron como si no tuvieran ningún estudio ni nada porque no podés tratar a una persona a una madre así por más que sea mentirosa, no podés levantarte y gritarle como que se sacó mal y bueno después me pidió disculpas pero bueno

No me quedé con eso yo después de eso seguí buscando y di con esa neuróloga que me recomendaron que venía una vez por mes a Paraná y trabajo 20 años en el Garrahan esa la pagué era y fue la única, que es más había un pasillito en la sala de espera que estaba lleno de gurises y todos con distintos diagnósticos por supuesto y era una batalla campal cada vez que ella abría la puerta para llamar a un paciente, los gurises se veía que se tiraban de todos lados y bueno cuando me toca a mí me dice que ya sé por qué venís y me dice por esto esto y esto y no me y me quedé mirandola y me dice qué te pasa y le digo yo que es que la primera vez que algún alguien me hablaba así y aparte que uno se siente escuchado

Me dijo mira primero el nene sí tiene algo yo lo observo cada vez que abro la puerta está colgado de algún lado es propenso accidente, lo segundo es que te quedas claro que vos no estás loca porque seguramente te lo habrán dicho, incluso no tuve que

decirle nada porque ella lo vio y lo describió me dice me imagino lo que es y ella me lo describió como si lo hubiese conocido y lo veía de cada vez que abría la puerta nomás, es más yo a ella la vi esa sola vez y no la vi nunca más Ella me hizo el certificado y de ahí ya arranqué ya en la parte particular pero fue la única, pero ya te digo 20 años en el garrahan una mujer grande con mucha experiencia y no quiero decir que no tengan experiencia estas otras pero ella tiene un ojo clínico que las otras no supieron verlo.

Cuando ellos te decían mentirosa una acompañante terapéutica nunca te sugirieron? No no ellos en lo que se basaban era una vez por semana

Solo lo que ellos veían? sí ese ratito que si era un nene por ahí más inquieto que otro niño qué sé yo pero no veían otro tipo de trastorno están totalmente en desacuerdo de que esté medicado también porque ya nunca se la retiré a la medicación porque ella no era neuróloga ningún neurólogo había y ellas eran terapistas digamos y aparte sin medicación hubiese sido un desastre era lo único que lo bajaba digamos porque para que prestar atención para poder hacer las terapias porque era esa era otra la medicación era una herramienta, no medicarlo para que el chico dejara de molestar era para que realmente la terapia sirviera porque si no si él no bajaba era como un cohete digamos no podría estar sentado en la silla de qué te sirve tenerlo a una hora con terapia si el chico no se va a guardar quieto a quedar quieto Bueno después cuando tuvimos osecac empezamos esas terapias él ya entra a jardín de cuatro y yo ahí solicité acompañante de entrada nomás ya en la entrevista yo dije que iba a ir con un acompañante y la escuela me dijo que no que íbamos a ver que no me apurara entonces yo le dije mira si ustedes no me solicitan después la acompañante va a demorar tres meses porque yo tengo que hacer toda la movida y cosas así no no quédate tranquila, eso fue la entrevista en los primeros días de marzo antes de que empezaran las clases y en abril me pidieron acompañante urgente y reducción de horario que yo dije que no porque yo dije si vos movieras hecho caso ya tendríamos la acompañante porque yo desde octubre desde la entrevista cuando él entra que tiene el banco yo ya planteé que él iba a ir con una acompañante y que sea una salita reducida por él tema de que iba a haber una chica ahí ahí y bueno ellos dijeron que no que íbamos a ver vamos a evaluarlo Bueno cuando me dijeron necesitamos que haga horario reducido y que traiga acompañante yo le dije que no que él nene iba a venir las horas que venía como cualquier chico y que la acompañante esperaran porque yo les había dicho y yo trabajaba y no podía y bueno igualmente hicimos todo rápido y yo creo que es a los dos meses ya estaba y siempre fue con acompañante hasta tercer grado desde salita de 4 que eso lo ayudó un montón pero él no tiene problemas de aprendizaje el problema de él era la atención y la conducta por lo por lo mismo hiperactividad pero después siempre hizo horario normal en la escuela pública no

especial y siempre los contenidos nunca estuvo adaptado digamos sí estuvo con ensaye incluido Bueno ensaye sí interviene el consejo Pero siempre trabajaron en conjunto Pero él nunca tuvo adaptaciones así que siempre hizo lo mismo que cualquier otro niño digamos y menos cuando ya tuvo su (inaudible) con betania comas que era la neuróloga cuando ella ya vio porque él fue cambiando medicación a medida que va creciendo por ahí va rechazando va cambiando por el tema del peso y todo eso ya cuando ella vio que no podía que hasta ahí llegaba me derivó a la psiquiatra y ahí lo llevó a Santa Fe con una que me recomendaron y ya hace como 4 años que está con la psiquiatra y la neuróloga lo ve ponerle una vez al año como para revisión y control le cuento cómo vamos pero ella no toca nada de la medicación Pero bueno estamos encaminados