


Género y salud mental materna en pandemia: cuando la violencia es del sistema

Gender and maternal mental health in a pandemic: when violence belongs to the system

Thais Brandão

 <https://orcid.org/0000-0003-4331-650X>
Universidad Santiago de Compostela, España
thaisuni@gmail.com

Recibido: 22-01-2022
Aceptado: 17-03-2021



Resumen

Ciertos hechos históricos niegan derechos adquiridos o intensifican las desigualdades ya denunciadas por grupos subalternos. En tiempos de crisis, un problema de salud puede revelar determinantes sostenidos por los sistemas económicos y culturales vigentes, que inciden en la distribución de beneficios, en el acceso a la salud y en la garantía de los cuidados esenciales. Este trabajo tiene como objetivo discutir y analizar la salud mental materna a través de los procesos que caracterizan el continuo salud-enfermedad-atención a la luz de los referentes teórico-metodológicos de las ciencias sociales, especialmente desde la epistemología feminista. Con un acercamiento etnográfico y método de investigación-acción, analizaremos una encuesta mixta presentada a un grupo de mujeres madres. El instrumento fue aplicado de forma virtual, tras un año de pandemia en Ecuador, tratando de visibilizar la salud mental materna a través de los lentes de las desigualdades de género. Al problematizar la construcción occidental de lo materno, evidenciamos que el género es la principal determinante de la salud mental materna y denunciamos las violencias cotidianas varias que recaen sobre su experiencia de mujeres/madres.

Palabras clave: cuidados, género, maternidades feministas, salud mental, violencia sistémica.

Abstract

Certain historical facts deny acquired rights or intensify the inequalities already denounced by subalternized groups. In times of crisis, a health problem can reveal certain determinants that affect the distribution of benefits, access to health and the guarantee of essential care that are supported especially by the current economic and cultural systems. This work aims to discuss and analyze maternal mental health through the processes that characterize the health-disease-care continuum in light of the theoretical-methodological references of the social sciences, especially from feminist epistemology. With an ethnographic approach and action research method, we will analyze a mixed questionnaire presented to a group of women mothers. The instrument was applied virtually, after a year of pandemic in Ecuador, trying to make visible and denounce maternal mental health through the lens of gender inequalities. By questioning the Western construction of motherhood we make it clear that gender is the main determinant in mother's mental health and we denounce the different kinds of everyday violence that fall on their experience as a woman/mother.

Keywords: care, gender, feminists maternities, mental health, systemic violence.

Sumario

1. Introducción | 2. Metodología | 3. Resultados | 4. Discusión y reaproximación teórica | 4.1. ¿Por qué la salud mental está siendo finalmente visibilizada? | 4.2. La pandemia agudizó la vulnerabilidad de las mujeres/madres | 4.3. ¿Quién cuida a la madre? Una mirada al sistema capitalista | 4.4. ¿Qué vino a traer de novedoso la pandemia? | 4.5. ¿Son nuevas las cuestiones de género? Una mirada al sistema patriarcal | 4.6. Salud-enfermedad-cuidados – Estrategias de interdependencia | 5. Conclusiones | Referencias bibliográficas

Cómo citar este artículo

Brandão, T. (2022): "Género y salud mental materna en pandemia: cuando la violencia es del sistema", *methaodos. revista de ciencias sociales*, 10 (1): 42-57. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.521>

1. Introducción

“Los trastornos mentales son creaciones culturales,
con terapéuticas también culturales”
(Zanello, 2018, p. 29)

Al terminar este segundo año de pandemia, el impacto sobre la salud mental de la población ha derivado en una de las principales preocupaciones internacionales. Desde el inicio, sin embargo, organismos internacionales señalaban el problema del incremento de los trastornos de salud mental que llegarían con este evento. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020) alertó, además, de la falta de financiación adecuada y las carencias de preparación para este tipo de servicios ofrecidos desde la salud pública, especialmente en los países con menos recursos.

Al empezar esta crisis global, algunos grupos fueron reconocidos como los más vulnerables o de riesgo para los impactos en la salud mental, entre ellos el personal de atención sanitaria que estaba al frente del combate al virus. Sin embargo, según un informe reciente de la Comisión Económica para América Latina y Caribe (CEPAL, 2021), las mujeres de la región fueron parte crucial de la primera línea de respuesta a la pandemia. Un 73,2% de las personas empleadas en el sector de la salud son mujeres que han tenido que enfrentar una serie de condiciones de trabajo extremas, dentro de un contexto donde ganan menos que sus homólogos hombres (fuera de casa) y trabajan más horas (dentro de casa). Según el mismo informe, la crisis sanitaria provocada por la COVID-19 generó un retroceso de más de una década en avances en la participación femenina en el mercado de trabajo en Latinoamérica y Caribe (ibídem). Se registró una contundente salida de mujeres de la fuerza laboral, quienes, por tener que atender las demandas de cuidados en sus hogares, no retomaron la búsqueda de empleo, ya que ocupaban mayoritariamente sectores del mercado laboral que fueron especialmente afectados en términos de empleo e ingresos.

Así, un problema de salud muestra su relación con la esfera social y sus repercusiones en las diferentes formas de garantizar los cuidados esenciales. Es igualmente conocido que las políticas económicas y sociales de sistemas neoliberales como en el que vivimos, cuando se ven afectadas por cambios repentinos o disruptivos como una emergencia sanitaria, aumentan significativamente la desigualdad de género, especialmente entre grupos subalternos, y por ende aumenta la tasa de trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y quejas somáticas). Según la Organización Panamericana de Salud (Tausch *et al.*, 2021) las tasas de ansiedad, depresión y estrés postraumático se han disparado en todo el continente, a la vez que los índices de violencia de la región se han triplicado. Según estos informes, las mujeres latinoamericanas vivieron un retroceso histórico en términos financieros, de presencia en el mercado formal y de violencia sistémica, especialmente en 2020.

Antes de la pandemia una de cada tres mujeres sufría violencia física o sexual, en su mayoría, por parte de su pareja. Desde que se decretó la pandemia, los nuevos datos indican que en muchos países estos números se han incrementado (Unwomen, 2021). Para las mujeres, esta nueva epidemia de salud mental tiene relación estrecha con el actual incremento de violencias, ya que el género es un determinante crítico de la salud mental. El impacto es real, cuando sobrevivimos terminamos muchas veces enfermando.

Sabemos, además, que los factores de riesgo específicos de género para los trastornos mentales comunes que afectan de manera desproporcionada a las mujeres incluyen la violencia de género, las desventajas socioeconómicas, los bajos o desiguales ingresos y la responsabilidad incesante por el cuidado de los demás. Para este último factor, la maternidad pudiera parecer un tema agotado, manteniéndose fuera del listado de los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, el trabajo reproductivo (de manutención y cuidado) que ha sido fundamental en este momento de crisis, se consolida como prioritario para el sostenimiento de la vida, pero, a pesar de ello, se mantiene invisibilizado y precarizado. Sirva como ejemplo de la invisibilización de este problema, la escasa evidencia científica que encontramos sobre la situación de salud mental de las madres (Serafim *et al.*, 2021). Cabe esperar que, conforme las restricciones sanitarias se vean reducidas, aumente la evidencia de una realidad que permanece oculta.

La fina línea que ubica la maternidad entre la biología y la cultura necesita ser problematizada. Comprendemos, en la dirección de Adrienne Rich (2019), que lo biológico y lo reproductivo en nuestros cuerpos, convierte la maternidad en una institución social con una función específica.

Como veremos a continuación, nuestra apuesta es la de politizar la maternidad (O'Reilly, 2021) retirando su significado esencialista, natural o ideológico, para reflexionar sobre la actual experiencia materna y el efecto que tiene sobre nuestra salud mental. Este análisis lo haremos especialmente fundamentadas en la epistemología feminista que se refiere al conjunto de teorías y prácticas que basan la producción del conocimiento a partir de la perspectiva del género. Al criticar los binarismos y el esencialismo biológico, sitúa el sujeto del conocimiento dentro de una perspectiva parcial, concreta y relacional (Harding, 1996).

Junto con el sistema de género, trataremos de problematizar la maternidad como una experiencia que nos atraviesa como mujeres y personas, enunciándola como un verbo – maternaje/*maternar*¹ (Ruddick 1989) que se refiere también a agencia, performance y estrategia de interdependencia. Con ello, podemos denunciar su actual vulnerabilidad, la normatividad y los discursos dominantes de poder que la rigen. Nos centraremos así en la violencia de los sistemas patriarcal y capitalista sobre el conjunto 'mujer/madre' en estos tiempos de crisis estructural en que vivimos en Occidente y su influencia en la salud mental de las mismas.

Planteamos de este modo la experiencia materna a partir de la experiencia de ser mujer, ya que el determinante de género nos guiará en todo el texto para reflexionar su influencia en el derecho a la salud integral (salud física, mental y social). Así, en el texto tratamos de referirnos al concepto mujer/madre alineados con Moschkovich (2019) cuando refuerza el peso simbólico del lenguaje especialmente sobre una categoría tan naturalizada como es el concepto de madre. Coincidimos además con diversas autoras feministas que reflexionan sobre la maternidad, a la hora de comprender que, no es tanto la función materna la que nos oprime porque intrínsecamente traiga sufrimiento o dolor, sino porque las condiciones que se ofrecen para el ejercicio vital y trascendente de la maternidad resultan acuciantes y por momentos violentas.

Mientras no pongamos la maternidad en las discusiones políticas, como sugiere O'Reilly (2021), la mantendremos atada por lo menos a tres supuestos, uno es el de privatización, cuando se ubica el trabajo materno exclusivamente en las esferas domésticas y reproductivas. Otro es el de individualización, que transforma el *maternar* y los cuidados en un trabajo de responsabilidad individual y exclusivo de una mujer que de forma inherente es también madre. Finalmente, el supuesto de la biologización, que enfatiza los lazos sanguíneos, considerando a la madre biológica como la única madre posible.

En esta línea, presentaremos un acercamiento de forma virtual a un grupo de mujeres/madres, tras un año de pandemia en el periodo 2020-2021 en Ecuador, tratando de visibilizar y denunciar los problemas de salud mental materna desde las desigualdades de género. El concepto de salud mental materna que presentaremos a continuación está directamente relacionado con las definiciones de una 'vida buena' en el sentido de bienestar, de 'buen cuidado' (a partir de la *Teoría de los cuidados*), así como lo que significa tener una 'salud integral' (a partir del proceso salud-enfermedad-atención) y en especial lo que implica llegar a ser una 'buena madre' (a partir de las maternidades feministas). Estas definiciones se relacionan simultáneamente con los sistemas capitalista y patriarcal y, derivado de ello, con el sistema (bio-)médico. En este sentido, la pandemia no trajo ninguna novedad extraordinaria, el sistema vigente ya era violento con las mujeres/madres y la salud integral falla cuando el sistema es violento.

Tal y como ha indicado Martínez-Pérez (2020), la violencia sistémica se define como cualquier procedimiento institucional/cultural que produce un efecto adverso y que no puede ser atribuido a ninguna persona sino a toda una cultura o sociedad. A partir de esa premisa nos cuestionamos: ¿Qué pasa cuando el sistema que forja, sostiene y reproduce la experiencia materna occidental es violento? ¿Qué impactos genera en la salud mental de estas mujeres? Y por último ¿quiénes más pueden responsabilizarse de ello, a parte de las mismas mujeres?

Este trabajo por lo tanto tiene el objetivo de discutir y analizar la salud mental materna a través de los procesos que caracterizan el continuo salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2003), inspirado en las teorías y prácticas de las maternidades feministas. Problematizaremos las actuales crisis de cuidados (Vega, Martínez-Buján y Paredes, 2018) y sus violentas manifestaciones especialmente hacia las mujeres/madres latinoamericanas durante la pandemia.

¹ *Maternar* es un neologismo bastante utilizado dentro de las teorías feministas sobre la maternidad, haciendo un paralelo con la expresión *mothering/to mother* en inglés. No está reconocido por la RAE todavía.

2. Metodología

"La trampa maternal está en el sistema y no en los cuerpos" (Busquets, 2020, p. 176)

Durante el inicio de la crisis sanitaria, específicamente como profesionales de la salud mental nos fue posible acceder a diversas formaciones específicas sobre diferentes estrategias de asistencia a crisis, primeros auxilios psicológicos y seguimiento de la atención a la salud sexual, reproductiva y mental de las mujeres. Durante este periodo, también mantuvimos la clínica psicológica de manera remota, atendiendo casi que exclusivamente mujeres y madres.

En el primer año de pandemia, las diferentes herramientas de comunicación virtual (única posible en ese momento) permitieron el acercamiento, la información y el amparo a diversos grupos aislados y dependientes. En ese momento tuvimos la oportunidad de involucrarnos en dos proyectos de acompañamiento de madres ecuatorianas. Los grupos a los que nos vinculamos entonces tenían diferente composición y objetivos: uno era un chat exclusivo de apoyo al postparto, en términos de salud mental, y el otro era un grupo de lectura sobre la maternidad, a partir de una mirada feminista. Se trataban de comunidades o espacios virtuales que mantienen una cierta homogeneidad discursiva, con temas específicos de maternidad, salud mental y género entre mujeres que lograron encontrar en lo virtual un espacio de conocimiento e intercambio de estrategias. En estos espacios pudimos conocer historias, acompañar, apoyar y formar red con muchas mujeres/madres. Además, en términos etnográficos, en nuestro caso, ser la entrevistadora-madre-trabajadora-aislada nos permitía un espacio privilegiado de proximidad y reflexividad, ya que vivíamos en el mismo contexto de sobrecarga, duda y dolor a pesar de la distancia física que nos separaba.

De eso se trata el proceso etnográfico con sus matices de reflexividad, una conciencia de la investigadora de un enfoque analítico en su relación misma con el campo de estudio (Guber, 2011). Esa circunstancia marca y problematiza también la neutralidad científica aún hipervalorada dentro de los espacios de producción de conocimiento, en este caso con respecto a lo académico y la ciencia psicológica. La paradoja que se experimentaba al ser parte del personal de atención contando con el mismo factor de riesgo de las circunstancias que la pandemia interponía, permitía el intercambio concreto de herramientas y estrategias para sobrellevar aquel momento, donde no había una sola persona detentora del conocimiento o sujeta de la razón, éramos todas agentes de nuestra propia salud-enfermedad-atención individual y colectiva.

Dicho esto, nuestra elección metodológica de investigación-acción empieza por el análisis de una encuesta mixta aplicada a estas mujeres, pero no se agota ahí. Nuestra apuesta analítica incluye también nuestra experiencia clínica y especialmente el año completo con grupos de lectura acerca de las maternidades feministas. Se trata sobre todo de producir conocimiento entre madres a partir de procesos reflexivos sobre las maternidades feministas desde la experiencia propia. A pesar de ser un grupo privilegiado en los cruces de clase o etnia, estas mujeres/madres eran fundamentalmente grupos aislados y dependientes viviendo una experiencia específica de *maternar* en pandemia.

Fue dentro de estos grupos virtuales de mujeres/madres que lanzamos una encuesta remota sobre las condiciones de su salud mental en pandemia, justo cuando se cumplía un año de la incidencia del coronavirus en Ecuador, en febrero de 2021. Se diseñó una guía de preguntas detonantes sobre la experiencia de *maternar* durante la pandemia, especialmente con el objetivo de relacionar esa experiencia a los determinantes de género y explorar sus consecuencias en la salud mental. Todas las respuestas de la encuesta fueron recibidas de manera virtual durante el mes de febrero, junto con el consentimiento informado y permiso de uso adecuado de los datos firmados.

Un total de 45 madres respondieron a la encuesta compuesta por 10 preguntas, abiertas y cerradas. Para las respuestas cuantitativas se aplicó un análisis dentro de los modelos descriptivos, mientras que para las respuestas cualitativas se aplicó un modelo de categorización basado en el análisis de contenido (Bauer y Gaskell, 2002).

3. Resultados

“¿Qué derecho tiene una madre ordinaria, con dos hijos saludables, de hablar sobre lo que pesa la maternidad?”
(Simon, 2018, p. 169)

Las entrevistadas tenían entre 18 y 45 años con hijos/as entre 0 y 9 años, eran todas de clase media, heterosexuales y se consideraban mestizas o blancas; con 3 madres sin pareja. En la Tabla 1 se presentan las seis principales preguntas que se refieren a la salud mental materna en el tiempo de pandemia y su relación con las desigualdades de género de las que discutiremos con profundidad en el siguiente apartado.

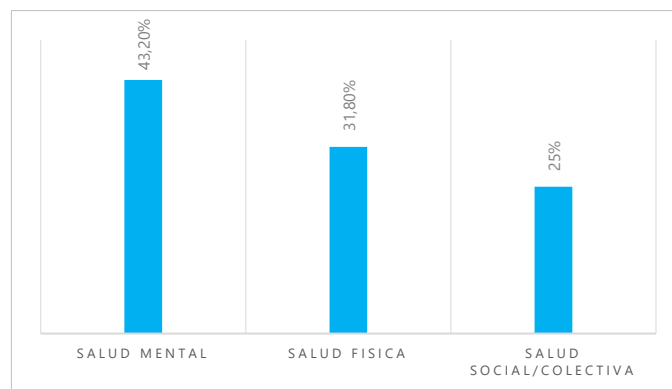
Tabla 1. Preguntas de la encuesta

Enunciado	Tipo de respuesta
1. ¿Cuáles fueron/son los aspectos de la salud más valorados por tí/tu familia en este tiempo de pandemia?	Cerrada
2. ¿Durante este tiempo, presentaste algún síntoma de desequilibrio en tu salud mental?	Cerrada
3. ¿Cuál es la mayor dificultad como madre que enfrentas en este tiempo de pandemia?	Abierta
4. ¿Esta dificultad señalada ya estaba presente antes de la pandemia?	Cerrada
5. ¿Crees que hay cuestiones de género que aparecen o se amplifican en este tiempo?	Cerrada
6. ¿Qué estrategias has tenido para sobrellevar / transitar las necesidades que, como madre, vives en este tiempo de pandemia?	Abierta
7. ¿Algo más que quisieras añadir?	Abierta

Fuente: Elaboración propia.

La primera pregunta revela que la salud mental fue el aspecto más valorado por las entrevistadas, alcanzando casi la mitad de las respuestas, según el Gráfico 1:

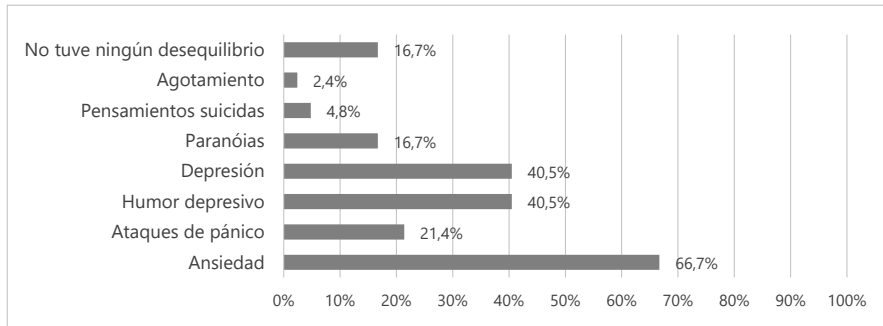
Gráfico 1. Aspectos de la salud más valorados



Fuente: Elaboración propia.

Según explicaba una de ellas mismas explicaba: “Las necesidades no se adivinan para una (madre), hay que decir claramente para encontrar formas de solución. La carga mental es cierta” (Madre 4). La segunda pregunta se refería a los episodios o síntomas de desequilibrios en la salud mental durante la pandemia. El 93% (n=43) de las mujeres/madres respondieron que presentaron algún síntoma relacionado con los trastornos comunes como ansiedad, depresión y somatizaciones, según el Gráfico 2.

Gráfico 2. Síntoma de desequilibrio en tu salud mental durante la pandemia



Fuente: Elaboración propia.

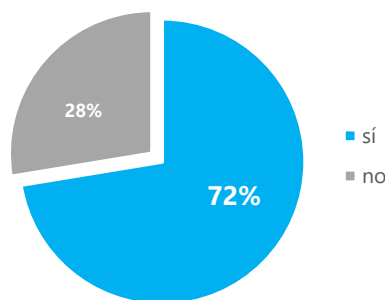
Otra informante expresaba: "*Deberían ser más aceptadas en la sociedad las historias de maternidad que no son tan cuento de hadas. Nos sentimos juzgadas cuando la maternidad no se siente maravillosa y puede llegar a tener unos lados oscuros*" (Madre 10). Y otra entrevistada añadía: "*Al cuidar a una niña en confinamiento por una emergencia sanitaria, la sensibilidad de entender lo que es una niña en reclusión, esa responsabilidad emocional se presume que solo tiene la madre*" (Madre 13).

La siguiente pregunta abordaba las dificultades enfrentadas como madres en este primer año de pandemia. Se obtuvieron respuestas que fueron categorizadas en dos temas principales: la falta de tiempo para una misma y dificultades en la conciliación profesional, con 66% (n=30) de las respuestas. Y el 34% (n=15) de las respuestas restantes guardaba relación con los temas siguientes: poca red de apoyo, soledad, poco apoyo del compañero, aislamiento social y miedo al contagio.

En voz de otra entrevistada: "*La madre debe criar, trabajar y cuidar de todo en la casa. Las expectativas son muy altas y hay poco apoyo para la madre*" (Madre 13). Y otra madre entrevistada nos da una pista para el análisis: "*En esta época de pandemia, las tareas de cuidado, que recaen principalmente sobre las mujeres, pasaron a tener más valor. Las mujeres son: médicas, enfermeras, nanas, empleadas domésticas, etcétera, que están cuidando globalmente de la vida. Esa tarea de cuidar, en algunos casos hace con que no haya posibilidad de cuidar de sí y también en muchos casos, se realiza de forma gratuita*" (Madre 23).

Cuando las mujeres entrevistadas fueron cuestionadas sobre si estas dificultades ya estaban presentes antes de la pandemia, respondieron que sí en más de la mitad de los casos, un 52% (n=23). Lo confirman: "*La pandemia sólo ha evidenciado los retos que vivimos las madres y las brechas de género que ya eran marcadas antes y que ahora son insostenibles*" (Madre 32). Y completa otra madre entrevistada: "*El rol de la crianza es solo de mujeres, la mujer no puede quejarse si es mamá. La 'súper mamá' que hace todo*" (Madre 30). Más tarde, cuando fueron consultadas sobre las cuestiones de género, si aparecieron o se amplificaron en este tiempo, otra vez la mayoría confirmó que sí, que ya existían cuestiones de género antes de la pandemia en sus dificultades como mujeres/madres (72%, n=33), tal y como revela la quinta pregunta en el siguiente gráfico.

Gráfico 3. Creencias sobre si las cuestiones de género han aparecido o se han amplificado durante la pandemia



Fuente: Elaboración propia.

Confirma una nueva informante: "La mamá es la que se queda en casa sin trabajar, sin recibir sueldo o la que trabaja a costa de todo listo, cocinado, limpio, ordenado, pidiendo el favor de que cuiden a sus hijos/as. Eso es lo normal" [sic] (Madre 26). O como resalta otra entrevistada: "A los jefes parece molestar o incomodar que una tenga que materner a la vez que trabajar, rindiendo igual que siempre y sin justificaciones" (Madre 19).

En la sexta pregunta, las mujeres presentaron las estrategias usadas por ellas mismas para enfrentar estas dificultades en este tiempo de pandemia, estrategias que fueron categorizadas y distribuidas en cuatro categorías: pedir apoyo; incrementar tiempo de autocuidado; disminuir la rigidez (autoimpuesta) sobre su maternidad y reducir la sensación de soledad. Tal como nos alerta este último testimonio: "Es importante cultivar su habitación propia, aunque este espacio íntimo sea mental, emocional. Un local/horario tranquilo y creativo en el que se pueda entrar cuando sea necesario. La maternidad y la vida doméstica pueden ser muy absorbentes y drenar nuestra esencia. Deberíamos cuidar de ese espacio con amor y paciencia, mejor si esto puede ser realizado colectivamente" (Madre 23).

4. Discusión y reaproximación teórica

"En el patriarcado, todo el mundo está huérfano de madre" (Sau, 2013)

4.1. ¿Por qué la salud mental está siendo finalmente visibilizada?

Las respuestas a la primera pregunta aclaran esta cuestión. Los efectos de la situación de emergencia sanitaria que la pandemia global de COVID-19 trajo sobre la salud mental son reconocidos mundialmente, con un mayor impacto en el continente americano según especialistas de la región (Tausch *et al.*, 2021). Según estos autores, la falta de recursos financieros y humanos o la disminución de inversiones en los servicios de salud mental, además de las pocas políticas para abordar la brecha de salud mental antes de la pandemia, han contribuido a la crisis actual.

La pandemia trajo numerosos efectos sobre la salud mental visibles en individuos, grupos y comunidades de distintas edades, género y condiciones. Parece ser que la salud mental, la cara menos visible de esta enfermedad, finalmente apareció entre las prioridades de atención y entre las consecuencias económicas, políticas y sociales de este periodo. Durante este tiempo extendido de pandemia percibimos en nuestro entorno cómo la salud mental se ha vuelto un tema de conversación común en la calle, entre familiares, con comentarios frecuentes sobre el aumento de demanda en la consulta clínica de colegas psicólogos/as y psiquiatras.

Con ello es posible ver el ciclo de interdependencia: determinantes sociales que influyen en la salud mental, que a su vez generan consecuencias concretas en la salud social, como morbilidades e incapacidades que, otra vez, repercuten en la salud mental. Dicho de otra manera, sin salud mental la sociedad no se recupera, ya que la salud es integral, no hay salud sin salud mental.

Desde la medicina social de Latinoamérica (Menéndez, 2018) elegimos la herramienta analítica del proceso salud-enfermedad-atención para guiar nuestras reflexiones, pues sitúa lo social e histórico inmediatamente antes y de forma prioritaria frente a lo biológico o fisiopatológico. Las prácticas sociales y simbólicas entonces toman especial atención al relacionarse con la salud-enfermedad y el género, la clase, la etnia, como algunas de las condiciones que influyen directamente en su manifestación. En este trabajo nos enfocamos en el género y sus desigualdades ya que esta categoría ofrece una mirada ampliada sobre las relaciones de poder que revelan los eventos de salud y:

"permite comprender y cuestionar imaginarios y prácticas que se construyen en el entramado de relaciones de poder y de resistencia, pero también que subyacen a los respectivos lugares/posiciones designados socialmente a los varones y a las mujeres, y que se materializan de forma inequívoca en el campo de la salud" (Pagnamento *et al.*, 2018, p. 18).

Siguiendo esa pista, nuestra investigación se centra en un grupo específico de mujeres sostenedoras de la vida, otro tipo de “personal de atención”: las mujeres/madres. son mujeres que representan un grupo étnico y de clase privilegiada, que viven una experiencia de aislamiento consecuencia de una crisis sanitaria global. Partiendo de este lugar, vemos cómo su salud mental fue afectada por condiciones especialmente violentas para las mujeres, expresadas a partir de las respuestas recibidas: qué las hace enfermar, cuáles son los síntomas mentales y sociales que aparecen o se amplifican en este tiempo, y cuáles son las lecciones que pueden aprender de todo ello.

4.2. La pandemia agudizó la vulnerabilidad de las mujeres/madres

En todo el mundo, hasta una de cada cinco mujeres experimentan algún tipo trastorno del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal que son principalmente: depresión posparto, ansiedad posparto, trastorno obsesivo compulsivo posparto, trastorno bipolar posparto y psicosis posparto, aumentando esa prevalencia en países con menos recursos y niveles mayores de violencia (Fisher *et al.*, 2012).

Se estima, además, que siete de cada diez mujeres ocultan o minimizan sus síntomas. Sin comprensión, apoyo y tratamiento, estos problemas de salud mental tienen un impacto devastador en las mujeres afectadas, en sus parejas y familias, pudiendo enfermarse el bebé o el/la compañero/a tras el diagnóstico de la madre (Davalos, Yadon y Tregellas, 2012). A partir de estas evidencias, sabemos también que la salud mental perinatal tiene una dimensión multicausal, con todo, el énfasis que pretendemos sostener en este artículo se orienta a los determinantes sociales de estos cuadros clínicos, especialmente el de género que produce significativas consecuencias en el bienestar integral.

De tal modo que estos síntomas, disturbios o cuadros clínicos reflejados en las respuestas de las encuestadas pueden ser leídos también a partir de una lente socio-cultural determinada, especialmente entre mujeres. Cuando despolitizamos las dimensiones sociales de la enfermedad y de la salud ampliamos la distancia entre las cuestiones relativas a las desigualdades sociales, las relaciones de poder, género y violencias varias con impacto directo en la salud-enfermedad.

Un estudio de gran impacto en Brasil que aborda las quejas sobre atención, y ampliación de cuidados a personas con discapacidad mental o cognitiva en mayores y niñas, revela que casi el 84% de las madres se han sentido sobrecargadas al cuidar de sus hijos/as durante la pandemia (Serafim *et al.*, 2021). Sus autoras sugieren que esta carga puesta sobre las mujeres/madres todavía va a tardar mucho en disminuir, teniendo visibles impactos sobre su salud mental.

Como ya anunciaba Mabel Burin, la maternidad es el ‘otro trabajo invisible’, que trae síntomas de ‘malestar emocional’ incomprensidos por la sociedad, un desborde emocional percibido por sí mismas y por la sociedad como un problema, como una falta de su personalidad que debemos remediar. La psicoanalista señala: “Los síntomas de ansiedad, tristeza, enojo, tensión que expresan las mujeres hacia sus condiciones de vida, se han vuelto cada vez más medicalizados en nuestra cultura y han obtenido el status de enfermedad” (Burin, 2004, p. 2). Aún más, como sugiere esta autora, muchos de los trastornos de salud mental femeninos podrían ser comprendidos a partir de la resistencia con la que las propias mujeres enfrentan la situación, como denuncia a través del concepto de ‘tranquilidad recetada’, entendida como sobremedicalización.

Varias escritoras renombradas (Wolf, Plath) también plantearon la falta de sentido de la vida, del trabajo, o de una esperanza que llevaba las mujeres a la depresión. La imposibilidad de tomar decisiones sobre su propio cuerpo (la negación al derecho al aborto o al acceso a tecnologías de reproducción), sobre su salud (las dificultades de acceso a sistemas de salud humanizados o respetuosos) o sobre la misma experiencia de maternidad, impacta sobre su salud integral de forma violenta.

Percibimos igualmente la eficacia de la mencionada estrategia sobre la subjetividad femenina cuando hasta nosotras mismas internalizamos el estigma de nuestra fragilidad, e inadecuación y patologizamos nuestros procesos fisiológicos y vitales, como la menstruación, el parto o la menopausia, y respondemos con ira o frustración a esa misma patologización. Por consiguiente, nos convencemos fácilmente de que algo está mal y que debemos acudir al médico en busca de ayuda. Sin embargo, los sistemas de salud de las sociedades contemporáneas, en un contexto capitalista y patriarcal, no siempre garantizan la ayuda que buscamos.

Como ejemplo de ello, en el contexto de miedo e incertidumbre del inicio de la pandemia, se produjo un incremento de la violencia obstétrica alrededor del mundo. Se trata de la violencia de género más invisible perpetrada por el sistema biomédico (Observatorio de Violencia Obstétrica [OVO], 2016) con discursos y prácticas reconocidas de patologización y sobre medicalización. A través de informes internacionales de denuncias de intervenciones para provocar y acelerar muchos partos se evidencia el aumento considerable de las rutinas lesivas e irrespetuosas con los derechos humanos tanto de madres como de recién nacidos (Sadler, Olza y Leiva, 2020). Este hecho incrementó el miedo, la incertidumbre y la ansiedad que, amplificados, se convierten en riesgos reales para la salud de mujeres embarazadas y sus bebés. En el mismo informe citado se presentan las quejas y reclamaciones en los sistemas de salud que tras estas intervenciones violentas se manifiestan como un indicador del aumento de estrés postraumático en la etapa final del embarazo, parto y puerperio durante la pandemia por COVID-19.

El camino más común y el más usado históricamente es el de la exclusión, medicalización y patologización de grupos subalternos, como las mujeres, campeonas mundiales en disturbios de depresión y ansiedad, especialmente entre las más pobres y racializadas (Campos, Ramallo y Zanello, 2017). Por lo tanto, al tratar este fenómeno como una enfermedad individual, biológica o hasta femenina, paramos de escuchar el malestar de la maternidad como un problema social que, en parte, deviene de la naturalización de una experiencia, de la esencialización de la identidad femenina para su ejercicio y de la normalización de un modelo específico de familia nuclear y heterosexual (O'Reilly, 2021). Tanto es así que, como podemos comprobar en la práctica clínica pero también de forma cotidiana, al visitar a una madre reciente por primera vez es muy común escuchar preguntas como: '¿Qué le pasa a esa madre?', cuando lo que podríamos preguntar podría ser: '¿Qué necesita esta madre?', '¿Hasta qué punto está fallando el apoyo a esta mujer?'. Como hace patente esta investigación, socialmente, las madres siempre fallan, aunque podríamos pensar que es la sociedad la que las abandona y no recompensa su esfuerzo. Es primordial prestar atención al hecho de que entre la psiquiatrización y la invisibilidad queda mucho todavía por problematizar.

4.3. ¿Quién cuida a la madre? Una mirada al sistema capitalista

Entre las reacciones de las madres a la indagación sobre sus mayores dificultades enfrentadas en la pandemia, ellas contestan desde un lugar común de las maternidades occidentales contemporáneas: soledad, sobrecarga, invisibilidad, aislamiento, dificultades de conciliar vida profesional y privada y falta de apoyo de parte de la pareja. Lo trágico es que las respuestas que encontramos son exageradamente comunes y fueron ya mencionadas repetidas veces dentro de los estudios de las maternidades feministas (Busquets, 2020; Vivas, 2019).

El dispositivo materno es un concepto sugerido por la estudiosa brasileña de salud mental y género Valeska Zanello (2018) y se refiere a la idealización de la maternidad a través de la naturalización de la capacidad de las mujeres de cuidar (en general). Esto ocurre cuando se conecta la capacidad biológica de procrear con las actividades de la crianza, el cuidado doméstico y el cuidado de la familia.

Esta aproximación de los conceptos de procrear y criar es intencional e ideológica y se refiere al ámbito maternal y el doméstico. Genera así, auto exigencia interna y afectiva del propio dispositivo materno, reforzando una expectativa social sobre la madre y de ella sobre sí misma que se traduce muchas veces en culpa. Con la pandemia, los trabajos de cuidado se duplicaron y la sobrecarga física y mental de las mujeres/madres exacerbó la culpabilización. La culpa materna es una de las consecuencias concretas de la presión materna y factor de alto riesgo para los desequilibrios en la salud mental, generado especialmente por la romantización e idealización de la maternidad, que abordaremos más adelante.

Nuestra sociedad asigna la responsabilidad del cuidado a las mujeres, al ámbito privado, principalmente en el interior de los hogares. Al vincularlo con afecto y disimularlo como naturaleza e instinto, el sistema económico capitalista vigente mantiene ganancias, ya que la fuerza del trabajo es la categoría más importante del capital. Las madres gestamos, parimos, nutrimos, criamos y producimos su mano de obra sin dudar. Asimismo, en este tiempo de emergencia larga, otra vez se ignora la cuestión de la economía de los cuidados, denunciada desde hace tiempo por las feministas marxistas (Federici, 2018) como crisis del cuidado, resultado del funcionamiento del capitalismo financiero contemporáneo y de sus contradicciones sociales y reproductivas.

Este concepto de crisis del cuidado ha ido cambiando de nombre a trabajo doméstico, trabajo de cuidados, trabajo reproductivo, o atención a la dependencia. Debido a los aportes de los feminismos se pudo denunciar que el coste de la reproducción es alto y está mal repartido, y revelar que el trabajo de los cuidados no es una cuestión de mujeres sino de toda la sociedad. Como nos hace mención la propuesta de cuidados comunitarios y comunes de Vega, Martínez-Buján y Paredes (2018), el sostenimiento y mantenimiento de la vida sólo es posible de forma colectiva. De hecho, el trabajo o tarea de cuidados es un concepto que parece que se ha naturalizado y relacionado con lo femenino. Sin embargo, es algo muy concreto, no solo se refiere a las tareas referidas a la atención física y emocional de las personas, sino que necesita ser problematizado como las condiciones materiales y concretas que nuestra sociedad produce y sostiene. Cuidar es fuerza, cuerpo, mente, espalda, carga, reproducción de la vida. Así que estamos muy de acuerdo que ya es hora de diferenciar las acciones de cuidar, amar y procrear, como señala Federici (2018): Eso que llaman amor es trabajo no remunerado.

Dentro de la experiencia occidental aprendida de *maternar* actual que ahondaremos enseguida, a las mujeres/madres les es negado continuamente el derecho a dudar, a elegir, a equivocarse, a arrepentirse², y por otro lado también se niega el derecho a disfrutar, a gozar, o a crear otra maternidad posible para de este modo, asegurar la manutención de privilegios estructurales del capital y del patriarcado. El patriarcado reduce a la mujer a condición de madre (no a cualquiera, sino una específica) y el capitalismo reduce a la maternidad a la tarea de cuidados reproductivos. Como sugiere Busquets (2020, p. 184): “Se habla de liberar a las mujeres, pero esta libertad jamás pasa por la posibilidad de elegir los cuidados”.

La pregunta sobre quién cuida a la madre o a las cuidadoras en general es urgente. Tal y como se nos presenta la maternidad aprendida en Occidente, como un modelo de intensificación y especialización que insiste en que la crianza debe ser guiada por especialistas, solo aumenta la carga de demanda de dinero, tiempo, formación y esfuerzo personal sobre las mujeres/madres. Lo violento no recae solamente en el único o último modelo de crianza a seguir, sino que a las cuidadoras nadie les cuida.

4.4. ¿Qué vino a traer de novedoso la pandemia?

Nada. Las evidencias para denunciar el primer año del confinamiento solo fueron amplificadas en la voz de mujeres desbordadas, con riesgo de no retomar un trabajo asalariado por tener que ocuparse de tareas domésticas y de cuidado que son del colectivo (con poca o nula colaboración masculina), puestas a educar sin las herramientas necesarias y a reproducir de manera forzada un modelo de madre y ama de casa sin pausa.

En Brasil, el octavo país más desigual del mundo, los impactos de la ya citada salida masiva del trabajo formal de mujeres fueron muy profundos: casi ocho millones y medio de mujeres salieron del mercado laboral en el tercer trimestre de 2020 y su participación cayó a 45%, el nivel más bajo en tres décadas (Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística [IBGE], 2020). Según informes de organizaciones feministas, 50% de las brasileñas pasaron a cuidar de otra persona durante la pandemia. Casi 40% de las entrevistadas en esa pesquisa afirmaron que el aislamiento social puso en riesgo el sostenimiento de su hogar, de esas mujeres 55% eran negras, generalmente las más afectadas.

Esta salida masiva de las mujeres del mercado formal se lo compara a cuando en Estados Unidos los varones volvieron de la segunda guerra mundial y la figura de la ama de casa —blanca de clase media— fue exaltada para que las mujeres que habían salido a trabajar volvieran a los trabajos domésticos de buena gana, estimuladas por la promoción de nuevos electrodomésticos al hogar. Las mujeres entonces se enfermaron emocionalmente, un malestar sin nombre, que fue conocido como ‘la mística de la feminidad’, una denuncia de la idealización y la normalización que se hace del rol de la mujer en términos de autorrealización, retratada en el célebre libro de Betty Friedan (2016).

En este primer año de aislamiento (que aún no termina del todo), sin otro mundo que el familiar y el virtual, sin posibilidad de ver a sus pares, las mujeres/madres pudimos ver ampliadas en el escaparate las cuestiones de género que las maternidades feministas denuncian desde bastante tiempo: la imposibilidad de conciliación laboral, la injusta y colonial división sexual del trabajo, la invención del instinto maternal, la

² Orna Donath (2016) tiene un riguroso e iluminador ensayo examinando esa dimensión tabú del arrepentimiento a través de la voz de madres israelíes que abiertamente asumen que fue un error convertirse en madres.

mal repartida tarea de los cuidados, el descuido general hacia nuestra salud. En definitiva, la construcción social de esta maternidad que reproducimos desde hace siglos.

4.5. ¿Son nuevas las cuestiones de género? Una mirada al sistema patriarcal

Las cuestiones de género también ya estaban presentes en las dificultades nombradas por las encuestadas. Cuando nos referimos a las cuestiones de género en la encuesta, lo hacemos porque el concepto de madre es atravesado por la categoría de mujer y en ese caso evidenciado cuando estudiamos la breve historia de la maternidad occidental. Esta historia está atravesada por el género, un género que es enmarcado por la cultura y es interseccional, y que además nos permite ver que la violencia o la opresión recae siempre sobre la mujer primero que sobre la madre, o a causa de. Dicho de otro modo, nosotras heredamos una forma de *maternar* muy exclusiva de una clase social, de una concepción de género, un contexto histórico y una raza específica. Sin embargo, las tentativas feministas de deconstruir los mitos alrededor de la maternidad disponibles en la perspectiva histórica (Badinter, 1992), en la perspectiva psicoanalítica (Sau, 2013), en la perspectiva académica (O'Reilly, 2021) y periodística (Vivas, 2019; Forna, 1999) se concentran exclusivamente en las mujeres occidentales y en el concepto occidental y blanco de la maternidad³. Nuestra muestra interseccional (mujeres latinas de clase media y blancas) sigue esa herencia histórica y por ello importa cuestionar su experiencia de aislamiento y dependencia al hablar de salud-enfermedad a partir de ahí.

Dicho eso, la estudiosa Badinter (1992) es la primera que cuestiona abiertamente cuándo aprendimos esa forma específica de *maternar*. Con un registro histórico europeo, plantea que el ideal de maternidad es una experiencia construida socialmente y que pasa por grandes transformaciones en la historia. En Occidente el concepto de maternidad tan natural e intocado que heredamos se forjó solo a partir del siglo XVIII con el registro de la disminución histórica de las amas de leche⁴, mientras se naturalizaba el sentimiento maternal asociado a las mujeres.

Continuando el análisis histórico, añade Vivas (2019) que en esta época la maternidad adquirió una nueva dimensión más allá de su función reproductora, era parte de la identidad de la mujer, una identidad que incluye y que excluye a la vez: "Se exaltó y glorificó la condición materna, considerando que eran las madres las que tenían que hacerse cargo de las criaturas" (p. 85). Otra analista (Forna, 1999) nos aclara todavía aún indicando que, en los inicios de los años 80 la mujer occidental burguesa, blanca especialmente, asumió rápidamente sin casi ninguna otra opción esa identidad de esposa y madre abnegada, y se incorporó al mercado de trabajo y a la vida pública. Es ahí cuando se multiplicaban los manuales de enseñanza de lo que significa ser una buena madre, escritos por expertos de distintas áreas del conocimiento, todos abogando por el rol idealizado de la madre y de la familia. Añade Forna:

Y eso es lo que la maternidad es hoy – uno de los estados más naturales, y uno de los más policiados, una responsabilidad única de la mujer, no apenas un deber, pero una vocación altamente idealizada, cercada de emoción por todos lados. La ciencia, la psicología, la política y el género llevaron el mito de la maternidad para más allá de los límites (Forna, 1999, p. 85).

Ese ideal materno que adoptamos y que se vino perfeccionando con el tiempo con las habilidades de los sistemas (capitalista y patriarcal), reproducido y ampliado por la literatura, medios de comunicación, educación y psicología y sistema médico, nos tiene rehenes de un patrón identitario con estándares muy altos, transformando la responsabilidad materna en culpa al moralizar nuestras propias experiencias.

Como ejemplo de este modelo de maternidad que desempeñamos actualmente, una madre debe poseer las siguientes características, pública e indubitablemente: la disponibilidad al otro (sin tiempo para sí misma), la infalibilidad (no es posible fallar), el desinterés (cuanto más alejada de una recompensa, más buena madre es), la abnegación, la entrega, la fuerza, la renuncia, la paciencia (eso remite a silenciosa, obediente y educada, tal y como se construye la identidad femenina), la cuidadosa, la guerrera (que gana

³ Una excelente mirada de acercamiento a otras formas de entender la categoría de género y por ende el *maternar* viene del texto desconcertante de la nigeriana Oyèwùmí, Oyèrónkẹ́' (2017).

⁴ Amas de leche o nodrizas son mujeres que ofrecían los servicios de amamantar y criar por algunos años a los hijos/as de otras mujeres (especialmente de clase más alta de que la suya).

logros sociales por su agotamiento), la amorosa (y le es negado expresar cualquier desamor) y para rematar: la dura, inmortal (la que no se enferma nunca).

Esa madre, esa mujer, ese ser humano, no existe. No es posible mantener esas características en una relación real. No es posible mantener ese patrón, esa idea rígida y romantizada de amar y cuidar. Eso también es violento, es una presión continua que se amplía en condiciones extremas de aislamiento y miedo como la que vivimos actualmente. Y además se agrava cuando muchas mujeres extienden esa manera de vincularse con alguien como características necesarias para el éxito del amor romántico. No es el objetivo de este texto profundizar en esa cuestión, pero no podemos dejar de evidenciar esta trampa, pues la manera de amar también es aprendida⁵.

En Ecuador, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2019) antes de la pandemia el 20% del Producto Interno Bruto (PIB) se refería al trabajo no remunerado. Y el 80% de este trabajo es realizado por mujeres, que dedican treinta horas semanales al trabajo doméstico y de cuidados, mientras los hombres solamente once horas. Esto quiere decir que las mujeres aportan con la economía del hogar y del país sin reconocimiento.

La maternidad vista a través de los lentes del género nos abre caminos reflexivos muy potentes, por ejemplo, al reivindicar que la tarea reproductiva y todo lo que está alrededor se trata de una responsabilidad colectiva. Hasta los feminismos necesitan una revisión de postura, como nos alerta O'Reilly (2021, p. 206-7): "Reconocer lo materno es recordar que los seres humanos no son autosuficientes, ni libres, ni sujetos sin raíces, tal como la especie victoriosa del neoliberalismo celebra a través del feminismo contemporáneo".

4.6. Salud-enfermedad-cuidados – Estrategias de interdependencia

Desde las propuestas de la antropología médica (Menéndez, 2018) el concepto de autoatención es bastante útil para revisar las estrategias adoptadas por las entrevistadas. Según este autor la autoatención es casi siempre la primera actividad y la más común adoptada por el sujeto para lidiar con los padecimientos a lo largo de su vida. Se la define como: "los saberes, es decir, representaciones y prácticas sociales que los sujetos y micro grupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solacionar o prevenir procesos que afectan su salud" (Menéndez, 2018, p. 106).

En la última pregunta, las encuestadas ofrecen sus modos de sobrellevar el dolor, el aislamiento y la soledad, reunidas en cuatro categorías de estrategias o aprendizajes para este tiempo: 1. Pedir apoyo o ayuda, fuese de familiares o no; 2. Incrementar el tiempo de autocuidado, con actividades de ocio, formativas o en la naturaleza; 3. Disminuir la rigidez, tratando de ser más flexibles dentro de su experiencia materna y 4. Solicitar compañía disminuyendo su soledad.

Todas las encuestadas encontraron estrategias propias, fuesen a través de la negociación, de la coordinación o acuerdos, hasta encontrar espacio para sus necesidades. Consideramos que el autocuidado o la autoatención significan no solo involucrarnos a nosotras mismas dentro de un cuidado responsable, sino también a las redes familiares, vecinales y sociales, hasta acciones políticas de base como las de promoción de la salud comunitaria.

No obstante, nos cuestionamos si estas estrategias no son contradictorias en la forma en cómo nos subjetivamos como mujeres y madres. En un anterior trabajo etnográfico con madres (Brandão, 2014), entrevistamos familias monomarentales que continuamente cuestionaban: ¿Cómo auto-cuidar si el imperativo es cuidar al otro? ¿Cómo pedir apoyo si el mandato es el sacrificio por el otro? Estas estrategias manifiestan un cambio de paradigma importante, que se refuerza en el tiempo en el que estamos viviendo de resistencia, de re(existencia).

Para encontrar estas estrategias, practicarlas y compartirlas como forma de aprendizajes a otras madres, las entrevistadas tienen que, concretamente, desafiar algunos mandatos que socialmente pesan sobre la experiencia del *maternar*. Mandatos simbólicos, que funcionan como leyes de la maternidad y se transforman en dichos populares culturalmente difundidos. Para cada estrategia o aprendizaje existe el esfuerzo de atravesar o romper un mandato cultural equivalente, como se expone en la Tabla 2.

⁵ Para profundizar más sobre el mito del amor romántico que las mujeres y las madres repiten, recomendamos a Zanella (2018) y Gimeno (2017).

Tabla 2. Estrategias y mandatos culturales

Estrategias y aprendizajes	Mandatos culturales
Pedir apoyo/ayuda	"Una madre hace todo por sus hijos/as"
Tiempo de autocuidado	"Una madre siempre estará ahí para sus hijos/as"
Disminuir la rigidez	"Las madres aguantan todo"
Pedir compañía/disminuir la soledad	"Madre solo hay una"

Fuente: Elaboración propia.

Shabot y Konen (2018) han contribuido sustancialmente al análisis desde la fenomenología sobre la violencia contra la mujer (especialmente la violencia obstétrica), investigando cómo ésta actúa sobre el cuerpo y la subjetividad de las mujeres. Desde su estudio sugiere que el mecanismo más importante de la construcción y perpetuación de la violencia es el mandato de la vergüenza, que aprendemos al construirnos como mujeres socialmente. Cuestionan cómo la vergüenza de género paraliza y silencia los cuerpos de las mujeres y esto nos deja vulnerables a diversos tipos de violencia. A través de la construcción subjetiva de ser mujer como objeto, 'un ser-para-otros', las mujeres buscamos un estándar idealizado del femenino, especialmente a través de la belleza, aspirando un ideal que siempre falla, puesto que no existe la mujer perfecta (o la madre perfecta).

En este momento aparece la vergüenza de no encajar, de no parecer la ideal, de fallar, de no lograr, una vergüenza como tal de ser mujer. Este fenómeno en circunstancias alargadas de tiempo e intensidad afecta la salud mental (entre otros aspectos) ya que genera sentimientos como inadecuación, frustración, miedo y estrés. Es una vergüenza que paraliza, abruma, silencia. Y esto es lo que aumenta la vulnerabilidad femenina hacia las enfermedades, la violencia sistémica y hasta la muerte, puesto que no supone ninguna estrategia de autocuidado y autoatención, fundamentales para la vida.

Las estrategias maternas existen/resisten, sin embargo, la maternidad como conocemos, producida dentro de un periodo histórico concreto, necesita su revisión. Esta revisión debe buscar que se reconozca la interdependencia como aspecto básico de salud integral, que la incluya como un eje de interseccionalidad, una forma de estar en el mundo elegida y amparada socialmente. De lo contrario, las mujeres seguirán enfermando sin que su malestar y esa voz-síntoma sean escuchados.

Por ello, reforzamos que la autonomía total es una utopía neocolonial, solo sobrevivimos porque nos sostenemos en las tareas de cuidado de alguien, somos todos dependientes en mayor o menor medida y esa interdependencia involucra mucho más que la madre o la familia:

"Hasta que consigamos entre todos, porque esto no va solo de mujeres – construir un mundo en el que la vulnerabilidad que nos constituye como animales humanos y los cuidados que esta requiere ocupen un lugar central, un mundo en el que podamos superar las constricciones de esa individualidad adulta y supuestamente autónoma que a todos nos pesa y en el que podamos dedicarnos a ensayar formas de interdependencia que no entrañen relaciones de opresión" (Lazarre, 2018, p. 11).

5. Conclusiones

"No se trata de renegar del derecho de ser madres, sino de las condiciones en las que lo somos en estos violentos sistemas que la reproducen" (Vivas, 2019, p. 115).

A partir de los fundamentos de la epistemología feminista, citamos los sistemas más determinantes para la vida en todos los tiempos: el capitalista y el patriarcal (y por ende cómo estos influyen en el sistema médico). Pretendimos entonces cuestionar si es posible generar salud integral en una sociedad sin visibilizar la cara social de la salud mental al denunciar que las sostenedoras de la vida y de los cuidados primarios tienen género: las mujeres/madres. También hicimos una breve revisión histórica de las tareas de cuidados que

estamos reprobando en estos tiempos de crisis y el peligro de la despolitización de la maternidad. Y finalmente compartimos las estrategias de las propias encuestadas para hacer frente a los mandatos históricos y sociales de su experiencia. Es importante, sin embargo, percatarnos que estas herramientas son estrategias otra vez diseñadas por los propios grupos oprimidos. Es tiempo de involucrar al colectivo para el cuidado.

Las omisiones de los Estados e instituciones contribuyen en la transformación de la violencia en un problema de salud pública. La salud mental materna importa y el sistema que forja, sostiene y reproduce la experiencia materna es violento. Cuando una mujer/madre se enferma, el problema es social y las estrategias también deberían ser: colectivas, públicas, comunitarias que generen acciones hacia una salud integral involucrando la promoción, prevención, tratamiento y recuperación con un enfoque de género y social.

En el periodo de aislamiento social las desigualdades estructurales de género pesaron fuertemente con consecuencias concretas y todavía poco visibles para las mujeres y madres. Las tareas reproductivas siguen siendo vistas como un espacio natural, esencial y normalizado en nuestra sociedad. Al tratar una desigualdad como enfermedad, dejamos de escuchar el malestar en nuestra sociedad, retirando el poder subversivo de la voz de estas mujeres. Nuestra postura pasa entonces por una doble mirada individual y colectiva: no psiquiatrizar a las madres (cuando lo que está fallando es un contexto favorable para la maternidad) y a la vez no invisibilizar un dolor con síntomas sociales claros.

Nuestra propuesta con estas reflexiones no se limitó a celebrar lo materno, pero sí el cuidado, pues lo realmente esencial e imprescindible para la buena vida son las relaciones sociales, no las buenas madres, como sugieren los mandatos vigentes en el Occidente patriarcal. Nos arriesgamos entonces a apostar por reforzar las relaciones más horizontales de parentesco, disminuyendo el poder de la herencia de sangre o biológica, a ampliar el concepto de parentalidad a las relaciones entre pares, exaltar a las tecnologías sociales de reproducción, desmontando así el peso mitológico y exclusivo que conlleva lo materno.

Este trabajo tiene algunas limitaciones, sin embargo enfatizamos el corto alcance interseccional de nuestra muestra de voces. No hemos incluido voces desde la diferencia, la particularidad, la ambivalencia y las intersecciones de clase, raza/etnia, estatus migratorio, escolaridad entre otros. Comprendemos y asumimos el lugar situado de privilegio social (desde el que nos incluimos), al hablar de salud mental y pandemia y esperamos que en posteriores proyectos podamos rescatar distintas experiencias de *maternar* de las cuales también podamos seguir aprendiendo. Asimismo creemos que este estudio tiene un aporte importante sobre la teoría feminista y la salud mental en específico y puede servir como posibilidad de aplicación a otros contextos o grupos, replicándolo.

La pandemia no ha terminado. Creemos que para generar salud de ahora en adelante es urgente problematizar la maternidad tal como está reproducida actualmente, a través de sistemas violentos y extremadamente desiguales que romantizan, medicalizan y explotan esta experiencia. De lo contrario, seguiremos observando cómo las mujeres/madres se enferman, y muchas veces gravemente, sigue atrapadas con vergüenza en mandatos de estos mismos sistemas que no visibilizan, valoran o colectivizan la tarea reproductiva, el maternaje y todo el trabajo de cuidar de la vida, igualmente si así lo eligen o legalmente son obligadas a ello.

Referencias bibliográficas

- Badinter E. (1992). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal*. Barcelona: Paidós.
- Bauer M. W. y Gaskell G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. Vozes.
- Brandão T. (2014). La maternidad como resistencia. El discurso del cuerpo. En A. F. Medina, A. P. Amaral, y M. N. Martínez (Eds.) *Género y Discurso. Fuerzas regulatorias dominantes y márgenes de gestión de las autonomías* (pp. 87-139). Ediciones USB.
- Burin, M. (2004). Ante depresión o stress. La excesiva prescripción de tranquilizantes a mujeres, forma de control social. *En La Jornada*, UNAM, 8 de febrero de 2004. Disponible en: <https://bit.ly/3JWJvQg>
- Busquets, M. (2020). Maternidades feministas. Pensamientos y debates fecundos, *Pikara online, Feminismos. Miradas desde la diversidad* (pp. 169-185). Oberon.
- Campos, I. O., Ramalho, W. M., y Zanello, V. (2017). Saúde mental e gênero: O perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 22(1), 68-77. <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170008>

- Comisión Económica para América Latina y Caribe - CEPAL (1 de febrero de 2021). La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad. Disponible en: <https://bit.ly/3Lp82gZ>
- Davalos, D., Yadon C., A., y Tregellas C. H. (2012). Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: A review. *Archives of Women's Mental Health*, 15(1), 1-14. <https://dx.doi.org/10.1007/s00737-011-0251-1>
- Donath, O. (2016). *Madres arrepentidas. Una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales*. Penguin Random House.
- Federici, S. (2018). *El Patriarcado del Salario. Críticas Feministas al marxismo*. Traficantes de sueños.
- Fisher J. R., Mello. M. C., Patel, V. Rahman A., Tran T. D., Holton S., y Holmes W. R. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organisation*, 90(2), 139-149. <https://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.091850>
- Forna, A. (1999). *Mãe de todos os mitos*. Ediouro.
- Friedman B. (2016). *La mística de la feminidad*. Cátedra.
- Gimeno B. (2017). El nuevo amor romántico. En B. Gimeno, M. F. Ampuero, N. M. Segarra *et al.* (H)amor de madre, (pp. 10-30). Continta me tienes.
- Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Ediciones Morata.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (14 de marzo de 2020) *Mulheres com crianças até três anos de idade em casa têm menor nível de ocupação. Estatística de gênero*. Marzo de 2021. <https://bit.ly/3uzexHb>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INEC (25 de febrero de 2019). La mujer sostuvo el 75% del Trabajo No Remunerado (TNR) de los hogares en el Ecuador respecto al PIB. <https://bit.ly/3ulWWwO>
- Lazarre, J. (2018). *El nudo materno*. Las afueras.
- Martínez-Pérez A. (2020). *Desvelando el iceberg: relatos de violencia sistémica*. Universidad de las Américas.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58, pp. 104-113. Disponible en: <https://bit.ly/3qMud98>
- Moschkovich, M. (2019). Mãe biológica ou mãe genética. *Feminismos e gênero: modos de usar*. Disponible en: <https://medium.com/feminismo-e>
- Observatorio de Violencia Obstétrica OVO (2016). *Declaración de organizaciones contra la violencia obstétrica y por el parto respetado*. Disponible en: <https://bit.ly/3iloA7x>
- O'Reilly, A. (2021). *Matricentric Feminism: Theory, Activism, Practice*. Demeter press.
- Organización Mundial de la Salud OMS (27 de agosto de 2020). Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental. Comunicado de prensa. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Oyèwùmí, O. (2017). *La invención de las mujeres. Una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género*. La Frontera.
- Pagnamento, L., Weingast, D., Caneva, H., Castrillo, B., Hasicic, C., y Specogna, M. (2016). Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género: una posible aproximación conceptual. En *Memoria Académica IX Jornadas de Sociología de la UNLP*. Disponible en: <https://bit.ly/3LxqtAm>
- Rich, A. (2019). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Traficantes de sueños.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal thinking: toward a politics of piece*. Balantine Books.
- Sadler M., Leiva G. y, Olza I. (2020). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sex Reprod Health Matters*, 28(1): 1785379. <https://dx.doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379>
- Sau, V. (2013). *El vacío de la Maternidad*. Madreselva.
- Serafim, A. P., Durães, R. S. S., Rocca, C. A., *et al.* (2021). Exploratory study on the psychological impact of COVID-19 on the general Brazilian population. *PLoS One*, 16(2), e0245868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245868>
- Shabot, S. C., y Korem, K. (2018). Domesticating bodies: The role of shame in obstetric violence. *Hypatia*, 33 (3), 384-401. <https://doi.org/10.1111/hypa.12428>
- Simon, P. (2018). *La madre que puedo ser*. Paidós.
- Tausch, A., Souza, R. O., Viciano, C. M., Cayetano, C., Barbosa, J. y Hennis, A. J. N. (2021). Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *The Lancet*

- regional health Americas*, 5(1). <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>
- Vega, C., Martínez-Buján R. y Paredes, M. (2018). *Cuidado, comunidad y común. Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida*. Traficantes de sueños.
- Vivas, E. (2019). *Una mirada feminista a la maternidad*. Capitán Swing.
- Unwomen (2021). *Measuring the shadow pandemic: Violence against women during COVID-19*. Disponible en: <https://data.unwomen.org/publications/vaw-rga>
- Zanello, V. (2018). *Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação*. Appris.

Breve CV de la autora

Thais Brandão es Doctora en Psicología Social (Universidad de Santiago de Compostela, España), Máster en género Identidad y ciudadanía (Universidad de Cádiz, España) y Máster en Psicología Social (Universidade Federal do Ceará, Brasil). Sus principales líneas de investigación son la violencia obstétrica, la salud mental y género, la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las maternidades feministas.