

La maternidad en las prácticas y la subjetividad de las mujeres jóvenes hetero y homosexuales de clase media urbana

Mg. Patricia Karina Natalia Schwarz.
Instituto de Investigaciones Gino Germani – UBA.
patriciakns@yahoo.com.ar

Las mujeres se debaten entre múltiples mandatos, provenientes de diversos actores y entidades simbólicas heredadas reactualizados en la vida cotidiana. En este trabajo abordamos la forma en que esos mandatos son llevados a la práctica y a la vida subjetiva, específicamente en torno a la maternidad y sus implicancias en la propia construcción simbólica de las mujeres en cuanto tales.

En cuanto a la conceptualización de la maternidad, no partiremos de una definición a priori para nuestro análisis, solamente diferenciaremos dos áreas donde este fenómeno se expresa. Siguiendo las definiciones de Marta Lamas (en Ávila, 2004), un área corresponde a la “maternidad” que refiere a la gestación, el parto y la lactancia y la otra área corresponde al “maternazgo” que refiere a la responsabilidad emocional, la crianza y el cuidado de los hijos. De este modo, nos estamos refiriendo a dos procesos ontológicamente diferentes: la maternidad – la reproducción biológica – es una experiencia distintiva de las mujeres, en cambio, el maternazgo no tiene que serlo necesariamente.

La maternidad es una experiencia polisémica y compleja. Una dimensión subjetiva la define y a la vez se constituye a través de una práctica social objetiva. Por ello, para abordar sus complejidades, en este trabajo analizamos las percepciones y prácticas de la maternidad de mujeres de 25 a 35 años hetero y homosexuales con y sin hijos, que habitan y fueron socializadas en la Ciudad de Buenos Aires. Se realizaron 35 entrevistas a mujeres heterosexuales y 15 a mujeres homosexuales, también se realizaron 3 grupos focales (1 a mujeres heterosexuales con y sin hijos, 1 a mujeres heterosexuales sin hijos, 1 a mujeres homosexuales con y sin hijos). Asimismo, se llevaron a cabo observaciones participantes durante un mes en plazas de zonas de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires.

1. Percepciones en torno a la maternidad y al maternazgo

La función reproductora y de crianza está fundamentalmente asociada al espacio privado y la vida en el hogar. Nuestra cultura opone la vida en el hogar a la vida pública, para las mujeres, en su planteamiento más radical esta oposición se manifiesta en: altruismo versus hedonismo. Esta tensión se traduce en una falsa oposición entre la pertenencia de la mujer al mundo doméstico y al mundo público. Dos modelos que coexisten y funcionan como mandato para las mujeres: la maternidad intensiva y la independencia de la mujer o su propio interés egoísta (Hays, 1998). 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 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).

Sharon Hays (1998) analiza la maternidad como una ideología históricamente construida¹. Analiza sistemáticamente el modelo cultural de la maternidad. Su argumento es que el modelo cultural contemporáneo de la maternidad adecuada adopta la forma de una ideología de la maternidad intensiva. La ideología de la maternidad intensiva es un modelo genéricamente marcado que aconseja a las madres invertir una enorme cantidad de tiempo, energía y dinero en la crianza de sus hijos. Esta ideología está incorporada con igual profundidad en mujeres amas de casa que en las que trabajan fuera del hogar. La autora sostiene:

En una sociedad donde más de la mitad de las madres con hijos pequeños está trabajando fuera del hogar, uno bien podría preguntarse por qué nuestra cultura presiona a las mujeres para que dediquen tanto de sí mismas a la crianza de los hijos. Y en una sociedad donde la lógica de la ganancia propia parece guiar el comportamiento en tantas esferas de la vida, uno podría también preguntarse por qué el comportamiento de las madres está guiado por una lógica de la crianza generosa. Estos dos fenómenos enigmáticos constituyen lo que llamo las contradicciones culturales de la maternidad contemporánea. (Hays, 1998: 15)

La creciente influencia del “homo economicus” no alcanza para desarmar la ideología de la maternidad intensiva (Hays, 1998) ni la ética maternal (Lovibond, 1995) como conductas contrarias a la persecución del propio interés, sino más orientadas al altruismo.

Aún así, Hays (1998) plantea la sospecha acerca del interés que pueden perseguir las madres, buscando obtener el amor incondicional de sus hijos como contrapartida a tanta dedicación. Según Hays (1998: 256):

En la medida en que las relaciones familiares y otras relaciones íntimas gradualmente fracasan, se aplica todavía más tensión sobre la relación materna. Esta relación llega a erigirse como un símbolo central de esos lazos humanos viables, libres de competencia e individualismo egoísta, que son los medios para preservarnos, en términos de Ariès, de una soledad moral insoportable. Ésta es una exigencia, por cierto, muy elevada.

Indicios de esta intención se encuentran en el discurso de las mujeres entrevistadas en nuestro estudio (al igual que en la investigación de Hays), que refieren, en algunos casos, a la existencia de un hijo como salvación a la soledad y la posibilidad de contar con una fuente de amor incondicional, que ya no puede encontrarse en ningún otro tipo de vínculo.

La maternidad intensiva no es natural ni necesaria, según se observa en la comparación con otras culturas y momentos históricos; es una construcción social relativamente reciente, se instaló en los últimos dos siglos en Occidente (Mead, 1962; Shepper Hughes, 1992). Tanto este particular tipo de amor filial como este tipo de necesidades de los hijos se naturalizaron.

A pesar de que existe un tironeo de las mujeres entre la esfera privada y la pública, nuestros hallazgos coinciden con lo descrito por Hays (1998) en su investigación: los hijos son considerados

¹ Es pertinente aquí aclarar qué entiende Hays (1998: 40) por ideología: “una vez que los ideales que se han dado por sentados se ponen en tela de juicio, se convierten en ideologías. Tales ideologías, entonces, se convierten en asuntos de debate público, en el que cada uno de los bandos intenta afirmar que la verdad y la justicia están de su lado. Su condición de sentido común se pierde. (...) Pocos osarían cuestionar la crianza intensiva de los hijos de manera directa, tanto como pocos se opondrían de manera absoluta a la lógica de la eficiencia y el interés propio. Sin embargo, la ambivalencia y la tensión son evidentes, y el ideal cultural de la maternidad adecuada se pone potencialmente en cuestión. En consecuencia, no es un hecho cultural dado; por el contrario, es una ideología.”

más importantes que las carreras profesionales o los trabajos remunerados; también son prioritarios en relación con otros intereses “egoístas” de las madres.

Prácticamente la totalidad de las entrevistadas (hetero y homosexuales, con y sin hijos), expresaron con seguridad que una vez que fueran madres o a partir de que lo habían sido, su vida personal concluiría o había concluido, pues ya sólo podían dedicarse a trabajar y atender a sus hijos. En sus palabras:

Quando tenés un hijo se te acabó la joda (Estela, 31 años).

Ya no podés hacer lo que querés todo el tiempo, porque alguien depende de vos (Martina, 21 años)

Por ello manifestaron su pretensión de “vivirlo todo” antes de tener un hijo. Vivirlo todo incluye: viajar, realizar determinados hobbies, compartir tiempo y experiencias con la pareja y con los amigos, entre otros aspectos.

A esta necesidad de hacerlo todo antes de ser madres subyace la legitimidad de postergarse como sujetos frente a la existencia de un hijo. Y aquí se hace presente, en el juego de los contrastes que definen, la figura de la “mala madre”, aquella que deja a los hijos por motivos egoístas, en oposición a la “buena madre” que deja todo por ellos.

La figura de la madre abnegada todavía persiste, subyace a las decisiones y a las formas en que las mujeres viven la maternidad:

Una madre tiene que poner en primer lugar a su familia y a sus hijos y no a ella, o sea, todavía puede hacer un montón de cosas por ella misma, pero por ahí le va a ser mucho más difícil. (Sonia, 28 años)

Abonando lo antes expuesto, las mujeres entrevistadas se identificaban como las más indicadas para cuidar de sus hijos, y coincidían que esto era el ideal para una madre. También afirmaron que el cuidado y dedicación deben ser intensivos. Faltar a alguna de estas condiciones les generaba una enorme culpa, y lo identificaban como posibles causales de la infelicidad o de un deficiente desarrollo de sus hijos. Esto significa que, no cumplir con estos requisitos las ubicaba en un lugar de negligencia respecto de sus responsabilidades como madres. Aún así, no concebían la posibilidad de abandonar sus trabajos remunerados. Como razones para defender esta idea, mencionaron que la mujer tiene la capacidad de atender muchas demandas a la vez de modo eficiente, contrariamente a lo que le ocurre al varón y que la madre tenga sus propias actividades era saludable para la formación psicológica de los hijos.

En investigaciones recientes y también en nuestro estudio, se ha registrado que en general las mujeres de clase media tienen pocos hijos para poder dedicarles mayor cantidad de tiempo y recursos para su desarrollo integral (Hays, 1998; Wainerman, 2005, Lupica, 2007).

El interés por brindar a los hijos todo lo que puedan necesitar, en términos económicos y emocionales, es nodal en las preocupaciones manifestadas por las entrevistadas. La mayoría de ellas recurrieron a manuales sobre el proceso de crianza y sobre el embarazo, parto y amamantamiento. En todos los casos, estos manuales eran comprados por y leídos sólo por ellas. Este dato da cuenta de la identificación de la crianza, el embarazo, el parto y el amamantamiento como ámbitos de incumbencia sólo de las mujeres, percepción que tienen en común con los varones.

Una de las fuentes de legitimidad de esta idea de exclusividad de la competencia de la mujer sobre el ámbito del cuidado y crianza de los hijos, proviene de la creencia en el instinto materno. Todas las entrevistadas mencionaron creer en este instinto como propio de la mujer, considerando que los varones no tienen ningún instinto referido a la prole. Uno de los actores legítimos que refuerza

la creencia en el instinto materno es el discurso médico; da cuenta de ello la investigación realizada por Schwarz (2007) y los estudios citados por Ávila (2004).

Cuando las mujeres desarrollaban con mayor profundidad los argumentos en torno a su creencia en el instinto materno, mencionaban la condición cultural como un elemento importante de la forma en que ese instinto se manifiesta. La mayoría de las entrevistadas hablaba de la maternidad haciendo referencia a la actitud maternal, independientemente de que estuviera dirigida a los hijos propios, sanguíneos: "...el instinto es como, proteger y cuidar a esa persona" (Bárbara, 25 años). También, dejaban en claro que se puede aplicar a sobrinos, niños en general, hijos de amigos, personas con necesidades vitales que atender. Esta tendencia al cuidado del otro en el terreno de lo público, ese traspaso de las actitudes tradicionales de cuidado en lo doméstico a lo comunitario, es una modalidad que Graciela Di Marco (1997) llamó Maternidad Social, aludiendo a las características atribuidas a las mujeres en su rol de cuidadoras, por su sensibilidad, como una manera de redefinir la maternidad y hacerla pública.

Respecto de los distintos tipos de maternidades, se consultó a las entrevistadas heterosexuales acerca de la maternidad en mujeres lesbianas, según su criterio, una mujer lesbiana puede tener instinto materno y darle a su hijo todo lo que necesita a nivel afectivo y material. Sin embargo, no lo recomendaban por considerar que la sociedad condenaría este tipo de práctica sexual, marginando al hijo. Sostuvieron que el hecho de convivir con dos mujeres que son pareja, podría resultar difícil para el hijo al momento de adaptarse a su comunidad. Las jóvenes heterosexuales afirmaron que no era conveniente para un niño ser criado por dos mujeres que viven en pareja porque faltaría el modelo masculino en su formación, lo que redundaría en problemas psicológicos graves para él. La mayoría afirmó que esto último podía no revestir importancia si el modelo de hombre pudiera ser extraído de un tío, abuelo, amigo de su madre. Todas estuvieron de acuerdo en que la sociedad censura este tipo de preferencia sexual y que sería muy probable que otras madres marginaran a un hijo de lesbianas por considerarlo una mala influencia para sus hijos.

En estas afirmaciones se hace presente la censura existente en nuestra sociedad frente a diversas prácticas sexuales y a diversos modelos de familia, así como también queda de manifiesto el lugar privilegiado que se le otorga a la figura del varón en una educación "psicológicamente sana" para los hijos. La legislación existente fortalece este tipo de aseveraciones, al no contemplar la diversidad en la sexualidad ni en las estructuras familiares. Es por esto que las agrupaciones lésbicas luchan por instalar estas temáticas en la agenda del debate público.

A pesar de manifestar que la presencia masculina es fundamental en la crianza de los hijos, muchas mujeres heterosexuales prescindieron del padre de sus hijos como elemento constitutivo de las condiciones ideales para tener un hijo. Tampoco hicieron alusión a formar una familia, cuando se referían al deseo de tener un hijo. Pareciera que este deseo vincula únicamente a las mujeres con sus hijos, presentes y/o futuros, sin requerir la presencia de la institución familiar, ni del padre. Esta es una característica novedosa en cuanto al imaginario de la población estudiada. Indudablemente, la viabilidad de este escenario se vincula a la independencia económica de las mujeres.

En el caso de las mujeres homosexuales, ante la posibilidad de un hijo, la mayoría pensaba la maternidad con una pareja estable mujer. No consideraban que la presencia de un varón en la crianza fuera imprescindible, ni siquiera necesaria. Compartir la maternidad con una mujer exige, según sus opiniones, una negociación al interior de la pareja, pues en la mayoría de los casos suponían que ambas podrían desear vivir la experiencia materna, no sólo a través del embarazo, sino también en relación con el vínculo parental. Esto último está relacionado con la falta de reconocimiento legal de la compañera de la madre biológica como autoridad sobre el hijo de ésta. De tal modo que en caso de separación de la pareja una de las dos madres puede dejar automáticamente de serlo.

A pesar de que prácticamente la totalidad de las entrevistadas manifestaron que la maternidad representa “un peso enorme” (Lucía, 31 años) en lo relativo a la responsabilidad que demanda, las entrevistadas – en particular las heterosexuales – aludieron en diferentes oportunidades a la maternidad como una experiencia muy agradable y valiosa: “es hermoso”, “inolvidable”, “un hecho que marca a una mujer”, “una bendición que sólo las mujeres podemos disfrutar”.

2. La maternidad

En este apartado vemos cómo se desarrollan los procesos biológicos y subjetivos que intervienen en la gestación, el parto, la lactancia y el aborto. Existen diferentes actores intervinientes, sin embargo, estos procesos han sido fuertemente apropiados por la medicina moderna.

El alejamiento de las mujeres de la relación con su propio cuerpo y la apropiación de los saberes que antes detentaban las comunidades y sus miembros, por parte de la institución médica hegemónica, otorga poder y legitimidad a ésta. En Occidente el cuerpo es cedido a los trabajadores de la salud, entregando con él la capacidad de elegir cómo vivirlo. En la medicina oficial el cuerpo se encuentra fraccionado, al hombre se lo concibe en abstracto, como el fantasma que reina en un archipiélago de órganos aislados unos de otros (Le Breton, 1995).

En la construcción de su saber - hacer la medicina dejó de lado al sujeto y a su historia, su medio social, su relación con el deseo, con la angustia, con la muerte, con la vida; para considerar solamente al mecanismo corporal, al cuerpo como máquina (Le Breton, 1995). Sin embargo, los médicos en tanto miembros de una sociedad, la misma que sus pacientes, tienen una historia y están insertos en un determinado entramado cultural e ideológico y como sujetos ideológicos y culturales permean su práctica médica con el imaginario propio. Esta combinación, de desvinculación por un lado e influencia por el otro, desdibuja la trascendencia e impacto de su intervención en la toma de decisión de sus pacientes en lo que, en el caso que estudiamos aquí, a la vida reproductiva refiere.

El Modelo Médico Hegemónico, tal como lo nombra Menéndez (1984) cuenta con las siguientes características: biologismo, concepción teórica evolucionista positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, considerar la salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo médico paciente, participación subordinada y pasiva de los usuarios en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica, profesionalización formalizada, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que medicaliza, normatización de la salud - enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico (Menéndez, 1984)².

Con el desarrollo del conocimiento técnico, tecnológico y biológico, el control de la fecundidad cada vez está más instalado y es cada vez más eficaz. Como consecuencia, se dio una rápida evolución del vínculo entre las mujeres y la medicina de la reproducción. Así, imperceptiblemente, todos estos cambios acontecieron sobre el cuerpo de las mujeres. Estas han abandonado, incluso, el discurso subjetivo, reemplazándolo con el lenguaje técnico estandarizado y estandarizante. Todo esto transcurrió en medio de una gran pasividad, tanto de las mujeres como de los varones (Chatel, 2004).

Es necesario recordar aquí que, la medicina moderna separa de manera dualista lo somático de lo psíquico (el cuerpo del alma), y se ocupa solamente del cuerpo enfermo, desconociendo la

² Entenderemos con Menéndez (1984) por medicalización a las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normatización.

articulación necesaria e inevitable entre estos dos aspectos de la vida de los sujetos (Illich, 1978; Chatel, 2004). Tal como veremos a continuación, aún cuando no hay patología, la intervención médica está presente de modo protagónico, por ejemplo en el embarazo y en el parto.

- **El embarazo**

Las mujeres que ya habían tenido hijos manifestaron haber vivido el embarazo como un proceso de gran control y vigilancia médica en lo relativo al peso, la alimentación, así como también en lo referido a procedimientos de control de rutina, algunos molestos e invasivos. Pero las quejas no alcanzaron el status de cuestionamiento de la autoridad ni decisión médica.

En la mayoría de las consultas durante el primer embarazo las mujeres asistían acompañadas con su pareja (hombre), no así en los siguientes embarazos. Algunos hombres entraban al consultorio con la mujer y otros las esperaban en la sala.

Frente a la pregunta acerca de ¿qué ocurre con el cuerpo de la mujer durante el embarazo? La mayoría de las mujeres respondió que se trata de una transformación agradable y natural, que le permite a una mujer experimentar sensaciones inolvidables.

Las lesbianas, por el contrario, en mayor proporción mencionaron que se trataba de un proceso molesto e incluso impresionante. Nos preguntamos si esta diferencia tendrá relación con una posible actualización de la normativa que prescribe el placer y ejercicio de la maternidad en las mujeres heterosexuales y la restricción de la maternidad en las lesbianas. De tal forma que estas últimas tal vez se permitan manifestar impresiones comunes a ambos grupos, a partir de una habilitación normativa.

En el caso de las mujeres homosexuales que concebían la posibilidad de tener un hijo en el futuro, consideraron acudir a amigos varones como primera vía para acceder a un embarazo, en segundo lugar mencionaron las nuevas tecnologías reproductivas, aunque no tenían información referida a éstas.

- **Conocimiento y uso de nuevas tecnologías reproductivas**

Lucía Ariza (2007: 257) define las tecnologías reproductivas como “el conjunto de técnicas que, desde el campo interdisciplinario de la medicina terapéutica o de intervención y la medicina experimental, se proponen como una respuesta, más o menos efectiva en términos de sus resultados, a la ausencia de hijos no voluntaria de individuos o parejas³. Están comprendidas dentro de ese grupo la inseminación artificial – con vínculo biológico del padre (IA) o por donación anónima de esperma (IAD) -, la fecundación in vitro (FIV), la transferencia intratubaria de gametos (TIG o GIFT), la transferencia de embrión a la trompa (TET), la inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI) y la transferencia a la trompa de ovocitos microinyectados (SOFT / TOMI)”.

Chatel (2004) define a las “Procreaciones Médicamente Asistidas” (PMA) como aquellas que abarcan todos los casos donde no hay obstáculos irreversibles para la aparición de un embarazo. Y llama “Procreaciones Artificiales” a aquellas técnicas de sustitución, paliativas y no reparatoras, como la fecundación in vitro (FIV) por ejemplo. Estas técnicas no son terapéuticas, si la FIV funciona, la infertilidad no está curada. La FIV es un nuevo modo de procrear, pero genera la falsa impresión de ser un método que revierte la infertilidad.

³ La autora cita en su trabajo la siguiente definición de infertilidad: “es un término médico utilizado para describir la situación de ausencia de hijos involuntaria luego de un período de búsqueda reproductiva considerable” (2004: 262).

Es interesante destacar que ante el crecimiento exponencial de las nuevas tecnologías reproductivas, desde un punto de vista demográfico, la esterilidad, estimada entre un 3 y un 4 % no aumentó desde hace un siglo (Chatel, 2004).

En nuestra muestra solamente dos mujeres se encontraban en tratamiento. A ambas les resultaba un proceso muy penoso y de mucha expectativa, por lo que no lo difundían entre sus amistades y les costó mucho desarrollar el tema durante la entrevista para esta investigación.

En ambos casos fueron ellas quienes tomaron la iniciativa para consultar a un profesional, después de haber intentado quedar embarazadas durante un largo período de tiempo. Aún así, manifestaban una gran conexión con sus parejas en cuanto al proyecto parental refiere. De hecho, la decisión de comenzar el tratamiento fue conjunta en ambos casos.

Los factores de decisión son consecuencia de la interacción entre las motivaciones individuales, las de la familia de origen, las del grupo de pares y los contenidos simbólicos del proyecto parental para la cultura de pertenencia (Ariza, 2007).

El dolor que manifiestan las entrevistadas respecto de esta situación responde, entre otras cosas, a la fractura de la normativa identitaria genérica que implica no poder ser madres, la normativa les demanda tener una vida reproductiva exitosa para constituirse en mujeres en sentido pleno. En esta situación se pone en juego el mito de la mujer madre y el vínculo simbólico: hombre – virilidad – fertilidad. Es por esto que este tipo de tecnologías resulta tan ampliamente deseable, pues se articula con la eficacia de uno de los mitos más fuertes del imaginario de nuestra cultura⁴.

La enorme trascendencia que la imposibilidad de tener hijos representa en aspectos tan constitutivos de la identidad de los sujetos como es el género, favorece una actitud acrítica respecto de las decisiones y sugerencias de los médicos.

En el terreno de las nuevas tecnologías reproductivas existe una delgada línea que divide la acción invasiva de la acción terapéutica; la práctica médica con una lógica mercantil y con una lógica de salud. Cuando la demanda de estas tecnologías es inducida y sugerida por la oferta de servicios, estamos más cerca de una acción invasiva de la práctica médica con lógica mercantil (Chatel, 2004).

Tanto en lo relatado por las entrevistadas de nuestro estudio, en lo hallado por Ariza (2007), como en lo recogido por Schwarz (2007) en una investigación realizada en torno a la práctica y subjetividad de médicos ginecólogos y obstetras en la atención a pacientes de clase media; pudo observarse que la infertilidad es percibida a priori por el personal médico como un problema femenino.

En estas investigaciones puede observarse que surge del discurso de la mayoría de los médicos consultados, sobre todo de los especialistas en fertilidad, una relación causal entre infertilidad y postergación de la maternidad por parte de las mujeres de clase media, y como consecuencia, existía en sus discursos una actitud de condena, una profunda censura hacia la postergación de la maternidad.

En la totalidad de las entrevistadas, al igual que lo hallado por Ariza (2007), las mujeres no tenían información acerca de las nuevas tecnologías reproductivas. De hecho, observamos en sus discursos una tendencia a idealizar los alcances de la tecnología frente a problemas de fertilidad.

También desde los medios se refuerza esta idealización de las nuevas tecnologías reproductivas, donde las descripciones técnicas para obtener un bebé de probeta en general son simples, como si el proceso de FIV fuera sencillo y no desgastante, tampoco mencionan que es largo y que tiene una alta tasa de fracaso. Del mismo modo, cuando presentan casos – nacimiento y muerte de septillizos

⁴ Es necesario aquí hacer la aclaración de que este tipo de tecnología es accesible sólo para sectores medios y altos, por tratarse de procedimientos económicamente muy costosos, cuyos gastos no son cubiertos por las obras sociales, los planes regulares de medicina prepaga ni son gratuitos en los servicios públicos de salud.

(como fue el caso cordobés en 1994), la mujer que tuvo un hijo a los 63 años (en Italia en 1994) – donde la situación no resultó como se esperaba, lo hacen de manera acrítica, repetitiva y poco profunda, introduciendo así, incluso, nuevos hábitos y prácticas que penetran en las costumbres sin el menor análisis (Durand y Fernández Salinas, 1996).

Esta decisión suele enmarcarse en un promedio de tiempo de consulta con el ginecólogo de 10 minutos por paciente, de acuerdo a lo relatado por nuestras entrevistadas. Este dato, a su vez, coincide con lo hallado en la investigación de Schwarz (2007). Tal como afirma Chatel (2004), esta pobreza en la comunicación entre el médico y el paciente está lejos de poder garantizar que las mujeres tomen decisiones informadas respecto de las intervenciones médicas sobre sus cuerpos.

Muchas entrevistadas manifestaron que no se sentían eximidas de necesitar alguna vez estas tecnologías; pues, desconocían si eran fértiles porque nunca habían intentado tener hijos. Se percibía una suerte de temor en sus reflexiones en este sentido.

Los fenómenos sociales que rompen la normativa deben ser explicados. El universal, lo hegemónico, no se explica a sí mismo, pues es legítima su existencia y todos estamos socializados en su conocimiento cabal; sin embargo, el particular, lo subordinado, debe justificarse y explicar su existencia. Pudo observarse en las dos entrevistadas en tratamiento, que su infertilidad era vivida como una desviación de la norma. Una de ellas relacionaba su situación con un aborto que se practicó cuando tenía 15 años, (en el momento de la entrevista tenía 32). Llorando describía la culpa que sentía por ese hecho y su sospecha de que el arrepentimiento profundo que sentía no le permitía a su cuerpo engendrar nuevamente.

Testimonios como éste son los que movilizan la demanda de despenalización del aborto, pues, resulta necesario abrir la posibilidad a miles de mujeres que anualmente se encuentran en situaciones de desesperación y se practican abortos en condiciones clandestinas – con serias carencias en la calidad de la atención médica, de la higiene y de la tecnología necesaria y que pueden incluso llevarlas a la muerte. Permitiría proteger a las mujeres en sentido biológico y simbólico, pues, la falta de legitimidad en el imaginario social, gesta la condena propia, a partir de una norma tan instalada que es profundamente introyectada por las mujeres afectadas, interviniendo en el resto de sus trayectorias de vida y de sus construcciones identitarias.

- **El parto**

Desde los ´80 el movimiento de mujeres comienza a tener como una de sus prioridades la atención del parto, produciendo material educativo y proponiendo políticas públicas, a través del término “humanización en la asistencia del parto”. La humanización puede ser vista como la legitimidad política de reivindicación de los derechos de las mujeres en la asistencia del nacimiento, demandando principalmente un parto seguro, asistencia no violenta, brindando a las mujeres el derecho de conocer y decidir sobre los procedimientos en el parto, el derecho a la integridad corporal (no sufrir daño evitable). Existe una tendencia mundial al avance tecnológico y científico que muchas veces sustituyen al cuidado humanizado. Esta tendencia puede ser observada en la obstetricia moderna. La hospitalización del parto llevó a considerarlo un evento médico quirúrgico, resultando en un modelo de asistencia tecnicista, que se distingue por la racionalidad y la carencia de principios humanísticos en el trato de la paciente o parturienta (Knobel, 2006). El proceso de naturalización de la intervención médica en el parto, puede observarse en una investigación sobre significados del término “parto normal” en Brasil, donde los ginecólogos, enfermeras y mujeres entrevistados asociaban el término “parto normal” con aquél en que había intervención médica y medicamentosa (Dutra, 2006).

Del mismo modo, entre nuestras entrevistadas no hubo mayor interés ni conocimiento de alternativas de metodologías de parto, por ejemplo: parto acuático, en posición vertical, en la casa, entre otras. Contribuye a estas percepciones el hecho que los médicos no la recomiendan y que las obras sociales y prepagas no cubren los gastos que estos tipos de parto demandan.

En la investigación sobre médicos ginecólogos de Schwarz (2007), la mayoría de los obstetras consultados observaban que la medicalización del proceso del parto es necesaria para la seguridad de la madre y del niño. Pero también existen intervenciones en los partos que tienen que ver más con factores estructurales de la organización médica que con el proceso mismo del parto, la investigadora cita el comentario de una obstetra que afirmaba: “muchas veces hay que apurar el parto porque no tenemos lugar y tenemos muchos partos”. Otro médico entrevistado comentaba “en esta clínica privada hay más cantidad de partos por día que en el sistema público, imagináte que no podemos tener la tecnología esperando sin uso”.

En la investigación antes aludida, los médicos se referían a la inseguridad e imprevisibilidad que sienten frente a un parto natural. Afirmaban que es deseable un parto natural pues es la vía biológicamente determinada, pero alegan que la cesárea es más previsible y rápida, disminuyendo de manera considerable la cantidad de horas dedicadas al parto. Esto coincide con lo observado por Chacham (2006) en su investigación acerca de la medicalización del parto en Brasil, donde menciona que la espera parece estar asociada por los médicos al riesgo. La redefinición del parto como evento médico depende del carácter potencialmente problemático del mismo, justificando la intervención médica. De acuerdo a lo observado, la creencia en el valor de los recursos tecnológicos de la biomedicina para lidiar con las posibles complicaciones en el parto normal, sería igualmente compartida por médicos y pacientes. Entonces, la práctica médica es afectada por mucho más que intereses económicos en la práctica de la cesárea. La cesárea proporciona al médico la sensación de control total sobre el proceso del nacimiento y por eso es percibida como segura. A su vez la sumisión de la paciente a la autoridad médica puede ser, en parte, atribuida al crecimiento tecnológico y a la creciente especialización de la medicina. El uso de términos técnicos disminuyen la capacidad de las mujeres de tomar decisiones informadas sobre el embarazo y el parto (Chacham, 2006).

Nuestras entrevistadas manifestaron sentir temor al trato y a la intervención que recibirían en el transcurso del parto, sabiendo que sería distante e impersonal, donde no se prestaría atención a sus necesidades y emociones, sino que serían atendidas cuestiones técnicas del parto únicamente, en circunstancias en las que muchas veces incluso éstas interfieren con el éxito del parto mismo y con la plenitud y alegría con que la mujer pueda vivirlo. La satisfacción de la madre en el parto favorece todo el proceso, además de garantizarse el disfrute en una experiencia vital trascendente.

En la investigación de Schwarz (2007b), los médicos entrevistados afirmaban aplicar la anestesia peridural en la mayoría de los partos que asistían porque las mujeres no soportaban el dolor. Del mismo modo alegaban que las mujeres pedían que no les hagan cesárea antes de entrar a la sala de partos, pero una vez allí, cuando sentían dolor intenso pedían a gritos la cesárea y la peridural. En este sentido, tanto la anestesia como la cesárea son solidarias al contrato implícito de la mujer con el médico, en el que ella le entrega su cuerpo y él acciona sobre él sin dar cuenta de sus decisiones ni consultar demasiado. Según lo manifestado por nuestras entrevistadas, la amenaza del dolor en el parto está presente en el discurso de los ginecólogos obstetras y también en el de las amigas de las entrevistadas, esto las inducía a aceptar que les practicaran la cesárea y la peridural.

Es importante resaltar que en este fenómeno estamos observando la retirada del modelo religioso judeo cristiano en el que el dolor en el parto es fundamental para afianzar la identidad de una mujer como tal.

Respecto de estas intervenciones, es relevante destacar que, según información proporcionada por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) de 2005: un tercio de las mujeres residentes en localidades de 5000 y más habitantes del país, tuvieron su último hijo nacido vivo por cesárea. Las diferencias regionales son poco notables y muestran para el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) un 30%. Sin embargo, hay diferencias sugerentes según variables sociodemográficas. El 28% en el grupo de edad de 20 a 29 años y el 39% de los de 30 a 39 años tuvieron su parto por cesárea. Lo mismo ocurrió con el 38% de nivel educativo superior (8 puntos porcentuales más que

las de nivel educativo más bajo), y con el 38% de las de clase media (5 puntos porcentuales más que las más pobres). Asimismo, un 36% de las mujeres con mejor calidad de vivienda tuvieron cesárea (16 puntos porcentuales más que las de peor vivienda).

La ENNyS (2005) también afirma que la práctica de cesáreas es más frecuente en instituciones privadas.

- La lactancia materna

El amamantamiento es un proceso complejo que demanda un determinado aprendizaje y un contexto social favorable. La lactancia materna es una práctica socialmente construida, los mitos y significados acerca de ella dependen de intereses histórico sociales (Almeida, 1999).

La lactancia materna actúa tanto en beneficio del niño como de la madre. Para el niño, los beneficios residen en que la leche materna es el alimento más completo para su desarrollo, posee los mejores nutrientes, protege al niño al transmitir anticuerpos que contribuyen al proceso de defensa inmunológica y fortalece el vínculo madre – hijo. Adicionalmente, la lactancia materna reduce la incidencia de intervalos inter genésicos muy próximos, con el riesgo reproductivo que éstos conllevan. Ofrece ventajas fisiológicas y psíquicas, ya que previene el cáncer mamario y disminuye la depresión posparto. Por todo esto es que se recomienda la lactancia exclusiva en los primeros cuatro a seis meses y la lactancia complementaria todo el tiempo que sea posible (López y Tamargo, 1995).

En 1991 el “Compromiso Nacional a favor de la Madre y el Niño” se planteó como meta para 2000 que el 60% de los niños sea amamantado hasta el cuarto mes de vida. Durante 2002 la OMS y UNICEF aprobaron la “Estrategia para la alimentación del lactante y el niño pequeño” con el fin de asegurar una lactancia materna exclusiva. En nuestro país, considerando todas las formas de lactancia materna (lactancia exclusiva, complementaria y predominante), los valores en 1998 llegaban al 77.1% en el cuarto mes de vida y considerando solamente la lactancia complementaria, el 26.3% de los niños era amamantado hasta el cuarto mes. Estos valores han mejorado al 2000, según el Ministerio de Salud de la Nación, la prevalencia de lactancia materna alcanzó el 80.1%, destacándose la lactancia complementaria que logró ascender al 36.7 % y la exclusiva que pasó en estos dos años del 17.1% al 28.1%.

En la Ciudad de Buenos Aires, se observan diferencias en la modalidad de amamantamiento según variables sociodemográficas, más del 60% de los menores de un año consume leche materna y casi la mitad lo hace con exclusividad. Entre los niños de 1 a 2 años el 55.1% utiliza únicamente la mamadera, mientras el 7.2% lo hace como complemento de la leche materna, sin observarse diferencias por sexo. Al considerar la edad de la madre, el menor uso del biberón se asocia en un 53% con madres adolescentes, mientras que en mayor medida utilizan la mamadera (71%) las madres de cerca de los 45 años. En las familias de bajos recursos la lactancia se prolonga como recurso para cubrir una alimentación más adecuada. Más de cuatro de cada diez menores de 2 años de los barrios de La Boca y Barracas consumen leche materna; mientras que en la zona de Núñez y Belgrano lo hace sólo el 13%. En estos barrios es donde se registra el mayor uso de mamadera (85%) (García, 2003)

Las mujeres entrevistadas en este estudio refieren al amamantamiento como un desafío; sienten culpa si no logran amamantar a su hijo, pero a la vez deben articular sus tareas y horarios laborales con la lactancia. Un factor inhibitor del amamantamiento es la inserción laboral de las mujeres. Los horarios de los compromisos laborales no son compatibles con los demandados para la lactancia materna. Las mujeres organizaban complejas estrategias para dejar en su casa botellones con leche materna, lo cual les demandaba una excesiva cantidad de tiempo. El agotamiento y nerviosismo que esto les generaba contribuía a la merma de la producción de leche, provocando frustración, aunque también alivio en las mujeres.

Del mismo modo, el amamantamiento compite con el deseo de conservar un cuerpo atractivo. Aquí podemos observar las contradictorias consecuencias de la separación entre sexualidad y reproducción, incipiente, pero ya presente en este momento histórico en nuestra cultura.

En nuestra investigación, el promedio de tiempo total durante el cual las mujeres alimentaron exclusivamente con leche materna a sus hijos fue de aproximadamente cuatro meses.

Respecto de los implantes de siliconas, los médicos consultados en Schwarz (2007) manifestaron que muchas pacientes tenían implantes mamarios colocados antes de ser madres; afirmaron que en la mayoría de los casos esto no era visualizado con preocupación por las mujeres respecto de la posibilidad de amamantar en el futuro.

Es menester pensar el amamantamiento como una categoría híbrida entre la naturaleza y la cultura, entre un comportamiento biológico y una conducta socialmente condicionada, a los fines de insertarlo en la estructura de políticas públicas. El amamantamiento es un proceso complejo que demanda un determinado aprendizaje y un contexto social favorable. La información, la contención y el placer son elementos imprescindibles para que una mujer pueda llevar adelante una lactancia exitosa. En este sentido es relevante la intervención de la institución médica, actor fundamental en el manejo de la información, las percepciones de las mujeres respecto de su propio cuerpo, entre otros aspectos (Infesta Domínguez, 2007).

- **El aborto**

Al igual que lo observado en los apartados anteriores, el aborto también da cuenta de la separación entre sexualidad y reproducción. El hecho de que aún no sea plenamente aceptado también puede resultar un indicio del carácter incipiente de este proceso.

La mayoría de las entrevistadas afirmó estar de acuerdo con la despenalización del aborto, pero no de modo irrestricto; consideraron importante someter a debate público bajo qué condiciones permitirlo y cómo reglamentarlo. La causa más fuertemente argumentada para defender la despenalización fue la alta tasa de mortalidad materna producto de abortos inducidos sin el control sanitario correspondiente.

Del mismo modo que en el discurso de nuestras entrevistadas, en la comunidad suelen considerarse únicamente a la mujer y su embrión en los debates acerca del aborto; no están presentes los hombres en general, ni el que intervino en la fecundación en particular. De hecho, en los países donde está legalizado tampoco se requiere el consentimiento del varón (Klein, 2005).

Así como las entrevistadas carecían de información acerca de las nuevas tecnologías reproductivas, tampoco la tenían respecto de los detalles legales sobre el aborto. La falta de conocimiento en este sentido, favorece la continuidad de contradicciones legales, que pueden estar vulnerando los derechos o no protegiéndolos debidamente. Por ejemplo, según analiza Klein (2005), en el código penal argentino, todos los comentaristas coinciden en que, para que exista aborto tienen que darse las siguientes condiciones: embarazo en la mujer, vida en el feto en el momento que se ejerce la acción sobre él, y que su muerte se haya debido a esta acción. No es una acción abortiva, entonces, impedir que se fecunde un óvulo, ni destruir un óvulo fecundado fuera del seno materno y que todavía no ha sido implantado en él. El artículo 63 versa: “son personas por nacer las que no habiendo nacido están concebidas en el seno materno”. Tal como describe Klein, cuando se redactó este artículo no había posibilidad de concepción fuera del seno materno. Destruir embriones de probeta no constituye un delito, ni se considera aborto para la ley.

Si bien existen proyectos de ley para equiparar los derechos del niño por nacer, al embrión de probeta, aún no se han producido cambios en esta materia (Klein, 2005).

Como reflexiona Klein (2005: 305)

¿Hablar del derecho de las mujeres a abortar como si no tuviésemos ese poder? El aborto es ilegal, abortar es delito penal pero las mujeres abortan igual. No tienen el derecho, pero tienen el poder.

El Maternazgo

En este apartado analizamos tres aspectos del maternazgo: las prácticas de cuidado y crianza de los hijos, el rol del varón en este proceso y la adopción en su contenido significativo y en su práctica.

- Prácticas de cuidado y crianza de los hijos

Como producto y como proceso Carol Gilligan (1985) propone que el accionar moral de las mujeres se centra en la responsabilidad más que en juicios generales abstractos o universales; debido a que, a través de la socialización de género, su identidad está constituida de manera relacional con un otro, llámese hija, hijo, padres, amistades⁵. Según Gilligan, las convenciones que dan forma al juicio moral son distintas entre los varones y las mujeres. Estas plantean los problemas morales en términos de cuidado y responsabilidad, es por esto que el desarrollo de su pensamiento moral está vinculado a la comprensión de la responsabilidad en las relaciones concretas, donde la relación cara a cara y el contexto de la misma tienen una gran importancia (Izquierdo, 2004). Nancy Chodorow (1974) también señala estas consecuencias, a partir de distintos tipos de socialización sexualmente diferenciada. Por último, con Joan Tronto (en Izquierdo, 2004) podemos agregar que en la socialización diferencial entre varones y mujeres, las relaciones de poder y desigualdad existentes en la relación entre ellos en un sistema androcéntrico como el de nuestra cultura, subyacen a la ética del cuidado.

En las entrevistas encontramos que las mujeres hacían referencia explícita a la preeminencia de su rol como cuidadoras; de los hijos, de miembros enfermos y mayores de la familia; por encima de la responsabilidad del padre y otros integrantes del hogar. Esta situación no es problematizada por las mujeres, simplemente detentan ese poder y privilegian este espacio como propio en relación con el varón en este tipo de tareas de cuidado.

De acuerdo a nuestros hallazgos, en todos los casos, la principal responsable de la crianza y el cuidado de los hijos es la mujer, a pesar de que los varones padres comparten algunas tareas. Se llegó a las mismas conclusiones en la encuesta a 112 mujeres que ocupan puestos de decisión, que llevó a cabo la Comisión Tripartita de Igualdad del Trato entre Mujeres y Varones en el Mundo Laboral del Ministerio de Trabajo de la Nación en 2006 (Lupica et al, 2007).

Todas menos una de las mujeres entrevistadas en nuestro estudio, tenían un trabajo remunerado. Aquellas que tenían hijos intentaban por todos los medios acomodar las condiciones de su trabajo a los horarios de los niños para poder estar más tiempo con ellos.

En los datos estadísticos analizados por Wainerman (2005), la mayor cantidad de mujeres que se insertaron en el mercado laboral tenían hijos mayores de 5 años. En el 46% de las familias nucleares con hijos los dos miembros de la pareja tenían un trabajo remunerado en 2001 en el AMBA.

⁵ María Jesús Izquierdo (2004) comenta que el libro de Carol Gilligan "In a Different Voice" de 1982, plantea que el tipo de socialización de las mujeres encierra un problema moral que surge del conflicto entre responsabilidades múltiples y afirma que para su resolución se requiere un modo de pensamiento contextual y narrativo.

Las estadísticas (Encuesta Permanente de Hogares 2005), muestran que a medida que aumenta la cantidad de hijos, disminuye el nivel de ocupación de las madres y aumenta su tasa de inactividad⁶.

A pesar de que, según nuestras entrevistadas, la experiencia más importante en su proyecto de vida era la maternidad, y las demás estaban ordenadas en torno a ésta. Las mujeres identificaron otro elemento como prioritario en sus proyectos de vida: el desempeño laboral y la independencia económica. Todas las entrevistadas tenían ocupaciones vinculadas a su profesión. Asociaban el desempeño laboral con la posibilidad de preservar un espacio propio. En algunas entrevistas esto era visualizado como

Algo sano para los hijos porque ellos tienen que tener su vida y no es sano que las madres estén encima de ellos como su único mundo (Laura, 29 años).

Así, el hecho de no dejar de trabajar al haber tenido hijos tiene una fuerza axiomática en sus decisiones respecto del futuro. Admiten trabajar menos horas, pasar a un segundo plano lo laboral una vez nacido su hijo, pero no aparece como posibilidad el abandono del trabajo. La mayoría de las entrevistadas identifican esto último como un cambio histórico respecto de generaciones pasadas próximas, como la de sus madres, por ejemplo. El argumento más recurrente como explicación de este cambio es que:

Las mujeres a un colmo de hartazgo, ya no soportaron dedicarse solamente al ámbito doméstico y salieron a trabajar, se dieron cuenta de lo que eran capaces y entonces nunca más dejaron de hacerlo, buscando, desde entonces, siempre nuevos horizontes (30 años).

Otra explicación frecuente es la necesidad surgida a partir de las sucesivas crisis económicas que vivió nuestro país en los últimos 25 años, que llevaron a que en la clase media, para mantener los estándares de vida esperados, tuvieran que trabajar los dos miembros de la pareja.

Wainerman (2005), también coincide con esta intuición de las entrevistadas, afirmando que estadísticamente existe en nuestro país una relación entre el crecimiento de la inserción de la mujer en el mercado laboral y la situación de crisis económica extrema, desocupación, empobrecimiento de la población y deterioro de las condiciones generales de vida, que empujaron en muchos casos a las mujeres a convertirse en proveedoras también.

La contracara de la incorporación de la actividad laboral rentada en la vida de las mujeres es la menor dedicación a la crianza de los hijos. Como ya mencionamos, esto representaba una fuente de culpa en prácticamente todas las mujeres consultadas. El temor más intenso era el de perjudicar la formación psicológica de sus hijos. En estas actitudes frente a la menor dedicación a la crianza de los hijos, pueden observarse los rastros de la creencia, iniciada en los años sesenta, en que la construcción de la salud psicológica de los niños depende fundamentalmente de las madres. Las mujeres manifestaron mucho temor a equivocarse y “marcar” a sus hijos irreversiblemente. Si bien existen instancias de “reemplazo” de la función materna de crianza, tales como las guarderías o jardines de infantes, el cuidado de abuelas, tías, servicio doméstico; tal como describimos anteriormente, para las mujeres, su función no puede ser reemplazada con éxito, ni siquiera por el padre de sus hijos. Aún así, la existencia de estas instancias alternativas de cuidado y crianza alivia a las mujeres respecto de la demanda de su dedicación.

En 2001, en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), el 20% de los menores de 0 a 4 años asistían a algún jardín o guardería, proporción que se duplicaba – 40% - para el caso de los niños de los sectores de mayores ingresos (Margarido, citado en Lupica et al, 2007).

⁶ Procesamiento de datos de la EPH 2º semestre 2005 por el Observatorio de la Maternidad, publicado en el Anuario de la Maternidad en 2007.

En la investigación realizada por Wainerman (2005), las parejas de clase media estudiadas delegaban en una proporción mucho menor las tareas relacionadas con el cuidado de los hijos que las de cuidado de la casa. Sobre 18 actividades de cuidado de los hijos indagadas, 14 no se delegaban en absoluto. Cuando se delegaba alguna tarea, se elegía a hijos mayores, otros parientes y/o al servicio doméstico. Estas actividades delegadas son las de ejecución simple como cambiarles los pañales, darles de comer, bañarlos o vestirlos. Las que no eran delegadas están ligadas a la instalación de hábitos de higiene, de responsabilidad, de obediencia o de seguimiento del crecimiento y desarrollo de la salud y la escolaridad.

La falta de reconocimiento, en términos de percepción de beneficios por parte de la cuidadora, implica una relación de explotación. Las demandas de solidaridad humana no se dirigen a todo el mundo con la misma exigencia. En una casa donde hay más de una persona que puede brindar cuidados, la negociación de quién es finalmente el que los ofrece está mediada por la visión dominante del cuidado como función especializada y considerada específica del género femenino. Por tanto, las mujeres quedan simbólicamente absorbidas en su rol de cuidadoras. Aquí podemos referirnos a la pregunta de Butler (2001: 15): “¿en qué medida la identidad es un ideal normativo más que un rasgo descriptivo de la experiencia?”. La ética maternalista tiene una significación moral. Perder esto de vista supone una posición de mayor vulnerabilidad para las mujeres.

- El lugar del varón en el maternazgo

Las mujeres de nuestra investigación coinciden en identificar al padre de sus hijos como la segunda figura más importante en su educación y la única persona que puede sentir tanto amor como ellas hacia sus hijos. Sin embargo, para estas mujeres, sigue siendo la madre el actor ideal para cuidar a los hijos todo el día. Un elemento utilizado frecuentemente para diferenciar la profundidad del vínculo materno con la superficialidad del vínculo paterno es la experiencia del embarazo y el amamantamiento. Estos procesos se presentan como frontera incuestionable entre varones y mujeres en la relación con sus hijos.

Aún así, estos procesos están siendo cada vez más compartidos, por ejemplo, la mayoría de las parejas de las mujeres entrevistadas, entraron a la sala de partos para el nacimiento de todos sus hijos. Esta experiencia fue descrita como una instancia muy disfrutada y necesaria para las mujeres y sus parejas.

Las entrevistadas también reconocen que sería beneficioso para los hijos que los padres pasaran más tiempo con ellos. Esto se enmarca en el hecho de que las mujeres prefieren no solicitarle el cuidado intensivo de sus hijos al padre porque consideran que es una fuente de conflictos con él. Al mismo tiempo consideran que sus parejas no tienen habilidades suficientes como para cuidar de sus hijos correctamente. Esta falta de talento o habilidad en el cuidado es visto por las mujeres como una condición natural de los varones, como una característica genética. Estos datos coinciden con lo hallado en la investigación de Hays (1998) antes aludida.

Podemos encontrar un rastro de este temor al descuido y torpeza de los varones en las tareas propias del cuidado de los hijos, en lo observado en la interacción entre ambos miembros de la pareja y sus hijos en las plazas. Los varones permiten y promueven con mayor frecuencia movimientos físicos de todo tipo en sus hijos tanto varones como mujeres. Las madres observan con mucho temor estas escenas y las censuran (tal como mencionábamos en el capítulo anterior), además de tener una conducta opuesta en este sentido. La actitud temerosa es parte de las características estereotipadas del género femenino y las mujeres la reproducen en este tipo de conductas, a su vez, el imaginario relaciona a los hombres con actitudes de riesgo, valentía, desafío de los límites y fundamentalmente dominio del mundo físico y material.

Otro aspecto en el que ellas se sienten diferentes de sus pares varones, es que, según la percepción de ellas, los varones se permiten proyectar actividades de interés propio y las disfrutan aún cuando para realizarlas tuvieron que dejar sus hijos al cuidado de otra persona. Por el contrario, las mujeres entrevistadas veían esto como una conducta imposible en ellas. Reconocían tener pocas actividades recreativas que no incluyeran a sus hijos. Manifestaban un sentimiento ineludible de culpa en estas circunstancias que estaban ligadas, sobre todo, a la vida de pareja.

La mayoría de las mujeres en pareja mencionaron como positiva la actitud de contención emocional y paciencia de sus parejas frente a la demanda de sus hijos. Algunas mujeres consideraban que sus parejas las había ayudado a definir mejor los límites de la relación y dedicación a los hijos, autopercebiéndose como demasiado absorbentes y hasta cierto punto ennegrecidas por el amor filial. Estas mujeres sentían que su accionar era incorrecto y que provenía de sus necesidades amorosas excesivas, pudiendo generar daños emocionales en sus hijos. En estos casos el papel del varón – padre, como aquel que pone cordura, racionalidad, orden, límites – en relaciones de excesiva cercanía entre madre e hijo- era percibido como imprescindible e incluso leiv motiv de la función paterna en la educación y el vínculo con los hijos.

En los días no laborables, los varones estaban más ligados a actividades lúdicas con los hijos, aun sin la presencia de la mamá. Encontramos esto tanto en las entrevistas como en las observaciones en plazas, hallazgo que también coincide con los datos de la investigación de Wainerman (2005).

Respecto de las actividades concretas, en la investigación de Wainerman (2005) se encontró que un 27% de los varones de clase media, se hacían cargo de más de un tercio de las tareas cotidianas de crianza y cuidado de los hijos. A su vez, el 64% de las amas de casa y el 80% de las que asumen la doble jornada de clase media, mencionaron estar en desacuerdo con la idea de que “siempre que se pueda, es mejor que sea el varón el que gane lo necesario para vivir y la mujer se ocupe de la casa y de los hijos”, por considerarlo autoritario y anacrónico. Aún así, en las tres cuartas partes de los hogares, los varones no se ocupaban o sólo lo hacían ocasionalmente, de cambiar pañales, dar de comer, vestir o decidir qué ropa se habrán de poner sus hijos, de ayudarlos con los deberes o de hablar con sus maestros, o quedarse en casa cuando están enfermos. Respecto de esto último, eran solamente las mujeres, las que manifestaban faltar al trabajo para quedarse cuidando a sus hijos si estaban enfermos o si acontecía alguna eventualidad referida a ellos. No había ninguna actividad referida al cuidado de los hijos que fuera exclusivamente de competencia masculina. Sin embargo, en casi la mitad de los hogares, según hallazgos de Wainerman (2005), participaban ambos miembros de la pareja por igual cuando se trataba de reprender a los hijos y conocer los nombres de los amigos de estos. Esta situación implica una transformación de patrones de comportamiento de género tradicionales: la primera actividad era patrimonio de los varones, la autoridad; la segunda era patrimonio de las mujeres, el emporio de los sentimientos.

- La adopción

Según los cánones dispuestos por el Estado, la adopción imita a la naturaleza y restituye la ficción del nexo biológico. Este puede ser uno, de entre muchos otros, de los factores simbólicos que intervienen en el hecho de que se impida a las parejas homosexuales adoptar a un niño por ejemplo. La concepción biologicista del parentesco y de la maternidad y paternidad como vínculos de sangre es típicamente occidental. Responde a un deseo de inmortalidad a través de la progenie de la propia sangre. En esta construcción cultural intervinieron: la herencia del derecho romano, el darwinismo social, el racismo (Stolcke en Grau Rebollo, 2006).

La importancia del vínculo sanguíneo también está inmerso en el discurso de las mujeres entrevistadas cuando justifican la intensidad del amor que las une a sus hijos:

“es mi sangre” “es parte de mi cuerpo” “es impresionante verle los ojitos de tu abuelo”
“un día vino y me dijo: mamá, ya sé por qué nos querés tanto, porque tu piel es mi piel,
no?” “lo tenés nueve meses en la panza, tenés una conexión que no puede compararse
con nada”

Las entrevistadas desconocían los procedimientos necesarios para adoptar un hijo y en general no lo contemplaban como posibilidad cuando mencionaban el caso hipotético de no poder quedar embarazadas.

Además de los elementos obstaculizadores para la adopción mencionados, se suman las condiciones legales de adopción propuestas por el Estado, cuyos “padres ideales” en general tienden a ser: las parejas heterosexuales, educadas, de clase media, entre otras cosas (Verea, 2004).

Como palabras finales, nos gustaría citar lo expresado por Hays (1998);

A pesar de que por lo general tanto la mamá tradicional como la súper mamá se consideran aceptables desde el punto de vista social, su coexistencia representa una seria ambivalencia cultural sobre cómo deberían comportarse las madres.

En este párrafo, Hays entiende por súper mamá a aquellas mujeres profesionales que trabajan fuera del hogar y a la vez cuidan todos los aspectos del cuidado y crianza de sus hijos y su marido. En estas circunstancias, muchas súper mamás se sienten culpables por no poder tener un desempeño pleno en ninguno de sus papeles. Mientras que muchas mamás tradicionales se sienten aburridas e invisibles frente al mundo exterior. La autora propone que cuanto más poder público tengan las mujeres, más se va a poder instalar la demanda de que los hombres se involucren con mayor intensidad en la crianza.

Por un lado, también el Estado debería garantizar y facilitar que la crianza no sea sólo tarea de mujeres (Verea, 2004). Por otro lado, es menester incluir el respeto a la diversidad de identidad de género y de identidad sexual en la normativa reproductiva.

Reflexiones finales

La ética maternal como ética femenina

Hemos analizado a lo largo de este trabajo las múltiples formas en que la ética maternal impregna la ética femenina. En el imaginario de las mujeres estudiadas se homologa las características distintivas de la mujer con las de la madre. En relación con lo expuesto en este capítulo en el primer eje, las características de esta madre actual (con una sexualidad activa, partícipe del mundo público: mercado laboral, política, educación formal), distan de las que definían a la madre tradicional, aunque aún conserva algunos aspectos (sensibilidad, incondicionalidad, brindar cuidados). En esta separación entre sexualidad y reproducción, entre la mujer y la madre, entre la maternidad intensiva y el desarrollo personal, ambas se hibridizaron.

La identidad hegemónica de la mujer madre entró en crisis y se está transformando. Tal como afirman Butler y Laclau, 1999: 58):

Todas las identidades se constituyen por diferenciación. Sin embargo, la diferenciación de inmediato implica antagonismo. Las identidades existen porque hay diferencias de fuerza, de antagonismo y de hegemonía. Lo social se constituye como el espacio en que se desenvuelven las relaciones hegemónicas. No obstante, es característico de

cualquier posición hegemónica no alcanzar nunca la estabilidad: toda posición hegemónica siempre está expuesta al riesgo de ser subvertida.

Entre los elementos que aún estructuran la ética femenina homologada a la ética maternal es la ética del cuidado. El cuidado es una forma de abordar las actividades que surgen de la conciencia de vulnerabilidad de uno mismo o de los demás. El término “cuidar” proviene del latín “cogitare”, es decir, “pensar”. En su primera acepción es “pensar o discurrir para algo” y como segunda acepción: “tener cierta preocupación o temor”. El cuidado entonces es considerado “intranquilidad o preocupación por el temor de que haya ocurrido u ocurra algo malo”. En este sentido, es importante reparar en el carácter autoritario que puede encerrar esta noción, definiendo a priori y unívocamente los factores de temer, para el beneficio de otro (María Moliner en Izquierdo, 2004). La relación entre el cuidador y el cuidado es conflictiva en la mayoría de los casos, pues, esta práctica denota la dependencia y vulnerabilidad del sujeto que es cuidado. La mayoría de las relaciones de cuidado son dinámicas y los roles se intercambian a menudo. Sin embargo, en los casos en los que se produce una fijeza de las dos posiciones, existe el riesgo de que el cuidador se abuse del poder que ejerce sobre el otro, a través de la dependencia que se ha generado y que desarrolle sentimientos de omnipotencia, dada su mayor capacidad en relación con la persona que cuida. También el abuso puede desprenderse de una actitud de abandono propio en pos de los cuidados del otro, descansando en sus esfuerzos (Izquierdo, 2004).

Si bien hay autores que afirman que se está gestando una transformación de la intimidad, cambios orientados a una mayor democratización de los vínculos y un acercamiento de los hombres al mundo de las emociones y la intimidad, muchos autores, detectan una gran dificultad en varones y mujeres para incorporar este nuevo ideal de pareja. Los hombres frecuentemente culpan al feminismo por alentar a las mujeres a dejar el rol de dadoras “naturales” y las mujeres valoran más en los varones la ternura y la sensibilidad que el aspecto económico para decidir si continúan con un matrimonio.

Aún así, las transformaciones en este sentido se frustran por la continuidad de la inequidad de poder entre hombres y mujeres, incorporado en la socialización temprana y reforzado por la socialización diferencial entre hombres y mujeres durante todo el ciclo de vida de los sujetos. Las emociones son socialmente manejadas de acuerdo a la ideología de los sentimientos. Para analizar este fenómeno es interesante utilizar el concepto de “trabajo emocional”, que refiere a aquellas situaciones donde un individuo no se siente espontáneamente acorde a lo esperado según la normativa vigente y hace un trabajo o esfuerzo para poder sentir en esos términos, del mismo modo presiona a los demás a que también obedezcan la normativa. Las mujeres son las principales responsables del trabajo emocional dentro de la esfera de la vida privada como resultado de la división entre trabajo y hogar, de este modo, se produce una equivalencia entre la oposición: racional / irracional y masculino / femenino. Así, las mujeres son responsables de tres tipos de trabajo - el trabajo formal, (fuera de la casa), el trabajo doméstico y el trabajo emocional - (Duncombe y Mariden, 1996).

Entonces, resta preguntarse ¿cuál será la metamorfosis de la ética maternal? ¿Seguirá recayendo en las mujeres únicamente? ¿Se filtrará en los patrones emocionales y conductuales de los varones también? ¿El Estado acompañará el desafío de cuidar y formar a las nuevas generaciones, asumiendo roles más comprometidos? Y si es así, ¿cómo definiremos como sociedad, el aporte de cada uno? Pero aún antes, para que todo esto ocurra: ¿las mujeres compartirán su poder en el ámbito de la formación y cuidado de las nuevas generaciones, compartirán su imperio sobre el mundo privado?

Bibliografía

Almeida, J. A. G. (1999) Amamantamiento: un híbrido naturaleza – cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Ariza, L. (2007) "Tecnologías reproductivas en la Argentina contemporánea: la experiencia de la infertilidad en mujeres usuarias". En: E. López y E. Pantelides (comp.) Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: CENEP, CEDES, AEPa, UNFPA.
- Ávila, Y. (2004) "Desarmar el modelo mujer = madre" En: Maternidades ¿Quién cuida a quién? Cuentos sobre madres diferentes. Revista Debate Feminista. Año 15. Vol. 30. Octubre 2004.
- Butler, J. y E. Laclau (1999) "Los usos de la igualdad". En: Revista Debate Feminista. Año 10, Vol. 19, abril 1999.
- Butler, J. (2001) El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Mexico. Ed. GyS.
- Csordas, Thomas (1990). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. Cambridge. Cambridge University Press.
- Chacham (2006) Médicos, mujeres y cesáreas: la construcción del parto normal como riesgo y la medicalización del parto en Brasil. En: Seminario Internacional Haciendo Género 7. Género y preconceptos. Florianópolis, 28 -30 de agosto de 2006.
- Chatel, M. M. (2004) "Infertilidad, medicina y deseo" En: Maternidades ¿Quién cuida a quién? Cuentos sobre madres diferentes. Revista Debate Feminista. Año 15. Vol. 30. Octubre 2004.
- Chodorow, N. (1978) The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender. Berkeley: California University Press.
- Dunscombe, J y Marsden, D (1996) Whose Orgasm is This Anyway? "Sex work" in Long-Term Heterosexual Couple Relationships. En: Weeks, J y Holland J. (comp.) Seal Cultures, communities and values. Macmillan, Oxford
- Durand, M. T. y M. L. Fernández Salinas (1996) "Análisis de la información vinculada a las nuevas tecnologías reproductivas en los medios de comunicación: el caso del diario Clarín, julio 1994 – abril 1995" En: Sommer S. (comp.) Procreación. Nuevas Tecnologías. Un enfoque interdisciplinario. Buenos Aires: Atuel.
- Dutra, I. L. (2006) La polisemia de los términos: parto natural, normal y humanizado. En: Seminario Internacional Haciendo Género 7. Género y preconceptos. Florianópolis, 28 -30 de agosto de 2006.
- Esteban, Mari Luz (2005) "De la obligación de cuidar al derecho a ser cuidadas: una campaña renovada." En: Pensamiento Crítico: <http://www.pensamientocritico.org/index.html>
- Gilligan, Carol (1985) La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. Distrito Federal México. Fondo de Cultura Económico.
- Grau Rebollo, J. (2006) Procreación, género e identidad. Debates actuales sobre el parentesco y la familia en clave transcultural. Barcelona: Bellaterra.
- Hays, S. (1998) Las contradicciones culturales de la maternidad. Barcelona: Paidós.
- Illich, I (1978) Némesis médica. La expropiación de la salud. México. Ed. Joaquín Mortiz.
- Infesta Dominguez, G. y M. J. Llanos Pozzi (2007) Imágenes corporales y conductas sexuales y reproductivas en jóvenes de barrios marginales. En: López E. y E. Pantelides (comp.) Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires. CENEP, CEDES AEPa, UNFPA.
- Izquierdo, M. J. (2004) "El cuidado de los individuos y de los grupos: ¿quién cuida a quién? Organización social y género" En: Maternidades ¿Quién cuida a quién? Cuentos sobre madres diferentes. Revista Debate Feminista. Año 15. Vol. 30. Octubre 2004.
- Klein, L. (2005) Fornicar y matar. El problema del aborto. Buenos Aires: Planeta.
- Knobel, R.; Carraro, T. y A. Frello (2006) Parto y maternidad: profesionalización, asistencia, políticas públicas. En: Seminario Internacional Haciendo Género 7. Género y preconceptos. Florianópolis, 28 -30 de agosto de 2006.
- Le Breton, D. (1995). Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires. Nueva Visión.
- López, E. M., M. C. Tamargo (1995) La salud de la mujer. En: Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y evaluación de las metas sociales. INDEC. Buenos Aires. ISBN 950-896.0035

- Lovibond, S. (1995) "Ética Maternalista: una evaluación feminista". En, *Feminaria* (Buenos Aires), Año VIII, Nº15.
- Mauss, M. (1971) "El concepto de Técnica Corporal". En: *Sociología y Antropología*. Editorial Tecnos. (Pp.336-356)
- Mead, M. (1962) A cultural anthropologist's Approach to Maternal Deprivation, en: Mary D. Ainsworth, R.B. Andry, R. Harlow, S. Lebovichi, M. Mead, D. Prugh, B. Wootton (comps.) *Deprivation of Maternal Care: a reassessment of its effects*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Menéndez, E. L (1984) "Hacia una práctica médica alternativa." En: *Cuadernos de la casa chata*. 86, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social. México. pp 1-23.
- Ministerio de Salud de la Nación (2005) *La Salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Secretaría de Programas Sanitarios.
- Lupica C, Cogliandro G., Saavedra L. y E. Chávez Molina (2007) *Cuadernillo estadístico de la maternidad N°1*. Observatorio de la Maternidad (2007) Buenos Aires.
- Schwarz, P. K. N. (2007) "El discurso médico ginecológico y su impacto en la percepción acerca de la maternidad de mujeres jóvenes de clase media urbana". En: *VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 8, 9 y 10 de agosto de 2007.
- Verea, C. P. (2004) "Malas madres: la construcción social de la maternidad". En: *Debate Feminista: Maternidades, ¿quién cuida a quién? Cuentos sobre madres diferentes*. Año 15. Vol. 30, Octubre.
- Wainerman, C. (2005) *La vida cotidiana en las nuevas familias. ¿Una revolución estancada?* Buenos Aires: Lumiere.
- Winnicott, D. (1983) *Preocupación maternal primaria*. Barcelona: S/E.