

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**Escuela de Posgrado**



La construcción de la memoria en relación con los procesos y experiencias de la maternidad en un contexto de trastornos afectivos

Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Antropología  
Visual que presenta:

***Domenica Gabriela Ramos Maquera***

Asesor:

***Juan Carlos Callirgos Patroni***

Lima, 2025


## Informe de Similitud

Yo, Juan Carlos Callirgos Patroni, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado La construcción de la memoria en relación con los procesos y experiencias de la maternidad en un contexto de trastornos afectivos, de la autora Domenica Gabriela Ramos Maquera, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 3%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 05/09/2025.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Lima, 06 de setiembre del 2025.

Apellidos y nombres del asesor: Juan Carlos Callirgos Patroni	
DNI: 08769107	Firma: 
ORCID: 0000-0002-6152-935X	

## Agradecimientos

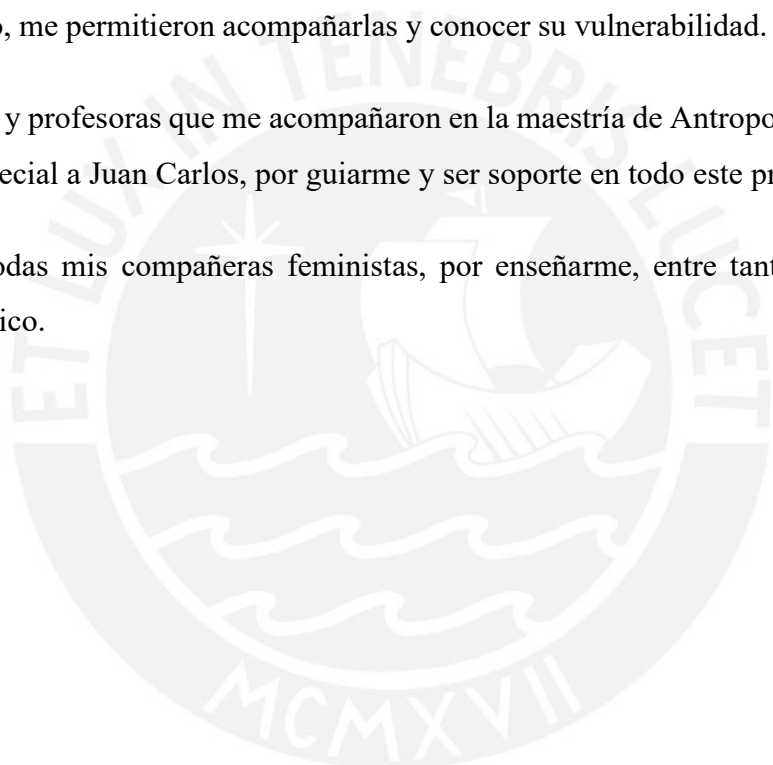
A todas las mujeres de mi familia, en especial a Teresa, mi madre, por existir e inspirar.

A Yulieth, Benjamín y Andrea, mis sobrinos que con su amor, calidez y ocurrencias me han dado la esperanza de que este mundo puede ser mejor. Gracias por mostrarme la simpleza de la vida.

A Erika, Chela, Adriana, Paola, Viviana y Desiré, las mujeres que me abrieron sus puertas, me dieron su tiempo, me permitieron acompañarlas y conocer su vulnerabilidad. Gracias infinitas.

A los profesores y profesoras que me acompañaron en la maestría de Antropología Visual y de manera muy especial a Juan Carlos, por guiarme y ser soporte en todo este proceso.

Finalmente, a todas mis compañeras feministas, por enseñarme, entre tantas cosas, que lo personal es político.



## Resumen

La presente investigación pretende explorar, con un enfoque interseccional, las maternidades de seis mujeres en Arequipa, que comparten la experiencia de ser madres y un diagnóstico de trastorno afectivo, especialmente la depresión. Sin embargo, se exponen circunstancias que particularizan sus procesos y experiencias. Para este objetivo, se han activado sus propias memorias a través de entrevistas y la foto elicitación.

Las maternidades, aunque comparten ciertas características, son totalmente individuales porque cada mujer posee diferentes condicionantes como la clase social, el número de hijos, estado civil, alguna enfermedad física de la madre o el hijo, incluso la imposibilidad de gestar. Estos determinan cada una de las experiencias. En este sentido, dichos factores determinan la configuración de cada experiencia materna. Asimismo, la investigación busca visibilizar cómo estas diferencias inciden en la forma en que cada mujer ejerce y comprende la maternidad, generando tensiones, resistencias y, a la vez, estrategias de afrontamiento particulares. De manera adicional, se consideran las historias de vida de las participantes, la influencia de sus figuras maternas y los paradigmas que han construido y transformado a lo largo de sus trayectorias. Por consiguiente, la maternidad se presenta como un proceso dinámico y relacional, que varía en el tiempo y se redefine con el crecimiento de los hijos, constituyéndose en un fenómeno complejo y en constante movimiento.

**Palabras clave:** maternidad, memoria, trastorno afectivo, interseccional

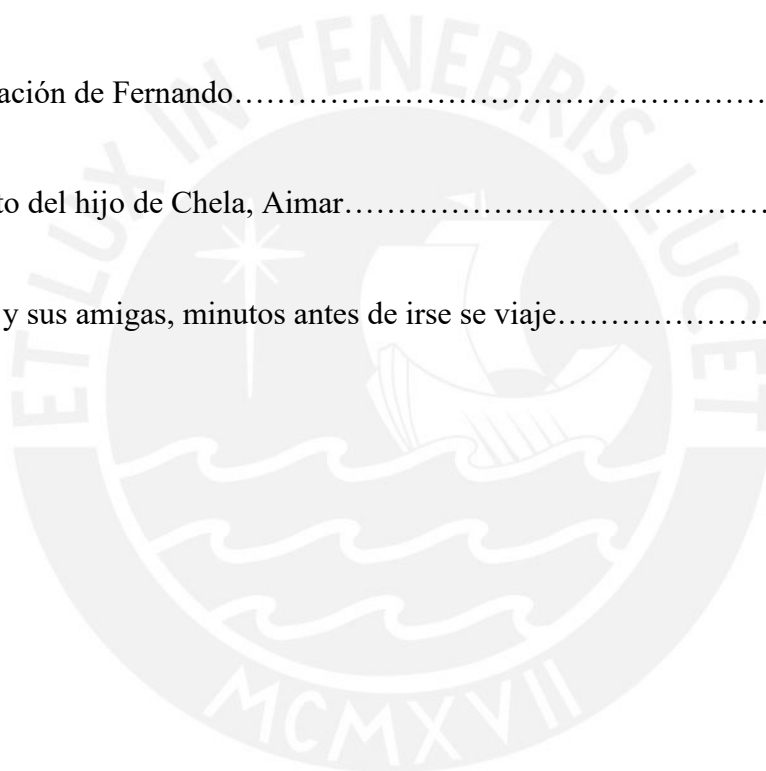
## Índice

Agradecimientos	1
Resumen	2
Índice	3
Introducción	6
<b>CAPÍTULO 1. - PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>9</b>
1.1 Presentación del problema de investigación:	9
1.2 Justificación	10
1.3 Preguntas y objetivos de la investigación	12
<b>CAPÍTULO 2.- MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>14</b>
2.1 Estado del arte	14
2.1.1. La maternidad	14
2.1.2 Antropología y salud mental	19
2.1.3 Salud mental y maternidad	21
2.2 Marco Teórico	23
2.2.1 Interseccionalidad	23
2.2.2 Maternar	24
2.2.3 Memoria	25
<b>CAPÍTULO 3.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>28</b>
3.1. Diseño metodológico	28
3.1.1. Descripción de temas y subtemas sobre los que se va a recoger información	28
3.1.2. Especificación de las fuentes	29
3.1.3. Técnicas de recojo de información	31
3.2. Presentación de participantes	36
3.2.1. ¿Quiénes son?	36
3.2.2. Erika	36

3.2.3. Chela	39
3.2.4. Adriana	41
3.2.5. Testimonios confidenciales	44
3.3. Coincidencias y reflexiones en las trayectorias	51
3.4. Consideraciones éticas	53
3.5 Producto visual	54
CAPÍTULO 4.- EXPERIENCIAS Y RELACIONES QUE DETERMINAN SUS MATERNIDADES	55
4.1 Paradigmas de la maternidad	55
4.1.1. Relación y dinámica con la figura materna	55
4.1.2. El impacto de las paternidades en las maternidades y en la salud mental de las mujeres	62
4.2. Condiciones físicas y/o enfermedades que condicionan los procesos de maternar	65
4.2.1 Conviviendo con el deseo de ser madre y la infertilidad	65
4.2.2. La dualidad de maternar entre Fernando y Alonso	70
4.2.3. Maternar entre dos frentes: artritis reumatoidea y depresión	76
4.3. Discursos sociales de la maternidad en la decisión de ser madres y la crianza	80
CAPÍTULO 5.- IMPACTO DEL ENTORNO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL Y MATERNIDAD DE LAS MUJERES	83
5.1. Trastorno afectivo y diagnóstico de depresión	83
5.2. Relaciones sociales y discursos en torno a la salud mental	88
CAPÍTULO 6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES	92
BIBLIOGRAFÍA	98

## Índice de imágenes

Imagen 1: Erika, sostiene a una fotografía, ubicada en la sala de su hogar, junto a sus hijos pequeños.....	37
Imagen 2: Chela trabajando en su peluquería.....	39
Imagen 3: Fotografía de Chela y su madre.....	58
Imagen 4: Erika, su esposo y sus dos hijos.....	62
Imagen 5: Habitación de Fernando.....	70
Imagen 6: Retrato del hijo de Chela, Aimar.....	76
Imagen 7: Erika y sus amigas, minutos antes de irse se viaje.....	87



## Introducción

Esta investigación propone abordar la compleja relación entre memoria, maternidad y salud mental, analizando cómo los procesos de gestación, parto, posparto y crianza se ven atravesados por distintos factores sociales, culturales y psicológicos. Con un enfoque interseccional, se estudian las experiencias de seis mujeres en Arequipa, cuyas narrativas revelan el impacto de las condiciones socioeconómicas, los discursos sociales y los trastornos afectivos en la construcción de sus maternidades. A lo largo de los capítulos se desarrolla un marco teórico que articula la maternidad con la antropología de la salud mental, se examinan las trayectorias individuales y colectivas de las participantes, y se analizan los condicionantes materiales y simbólicos que influyen en su bienestar. Finalmente, se presentan los hallazgos que muestran cómo la maternidad, lejos de ser una experiencia homogénea e idealizada, está marcada por tensiones, desigualdades y resistencias que ponen en evidencia la necesidad de miradas más inclusivas y críticas sobre el maternar en contextos de vulnerabilidad.

*En el capítulo 1*, la investigación “La construcción de la memoria en relación con los procesos y experiencias de la maternidad en un contexto de trastornos afectivos”, propone un enfoque interseccional para analizar el complejo proceso de maternar, que incluye gestación, parto, post parto y los cuidados posteriores. Este enfoque considera cómo los factores de la clase social y la salud mental influyen en las experiencias y memorias de las mujeres. Las investigaciones previas destacan que la maternidad es vista como un eje central de la identidad femenina y una fuente de gratificación, pero también reconocen el impacto negativo de idealizaciones inalcanzables sobre la perfección materna. Puntualmente, esta investigación se enfoca en seis mujeres en Arequipa, explorando sus experiencias, memorias y condicionantes que afectan o afectaron sus procesos de maternar.

*En el capítulo 2* se presenta el estado del arte y el marco conceptual. Para el estado del arte se han considerado tres ejes temáticos: la maternidad, la antropología de la salud mental y la intersección de la maternidad con la salud mental. En cuanto a la maternidad,

autoras como Simone de Beauvoir, Betty Friedan y Adrienne Rich destacan las ambivalencias de la maternidad, como las expectativas inalcanzables y la culpa. Estudios recientes con enfoque interseccional reconocen que la maternidad es un fenómeno social y cultural complejo, no sólo biológico. En cuanto la antropología de la salud mental subraya la importancia de factores biológicos, psicológicos y sociales en el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Finalmente, la investigación sobre salud mental y maternidad destaca la diversidad de trastornos abordados, los desafíos en el acceso a tratamientos y los estigmas asociados. Además, se observa el impacto negativo de la migración en la salud mental de las madres, con hallazgos específicos en Arequipa que resaltan la alta incidencia de depresión posparto. Se subraya la necesidad de estudios adicionales en entornos no medicalizados para ofrecer nuevas perspectivas sobre esta compleja situación. Asimismo, se resalta la importancia de la reconstrucción de las memorias de las mujeres, desde el espacio cotidiano y la crianza.

***En el capítulo 3***, la investigación examina la intersección de la memoria, la maternidad y la salud mental en un grupo de 6 mujeres en Arequipa. Se explora la influencia de las memorias en las experiencias de la infancia, las decisiones de vida y las percepciones de la maternidad. La maternidad se analiza en dos etapas: antes y después de la primera gestación, considerando expectativas, relaciones familiares y presiones sociales. Se estudia también la salud mental, desde antes del diagnóstico hasta el impacto en el proyecto de vida y en la crianza de los hijos. Se exploran también, las condiciones socioeconómicas y los recursos disponibles para el tratamiento de los trastornos afectivos en el contexto de la maternidad.

***En el capítulo 4***, se abordaron las narrativas de vida de Erika, Chela y Adriana, las cuales revelan una serie de factores diversos que, como resultado, singularizan cada una de sus vivencias maternas influenciadas por la depresión y otros condicionantes. Posteriormente, se analizarán las experiencias de un segundo grupo conformado por Desiré, Viviana y Paola, cuyas vivencias refuerzan los hallazgos identificados en las historias previas.

***En el capítulo 5***, se propone investigar el impacto de los discursos, comportamientos y figuras influyentes en los procesos de maternidad de las mujeres en el grupo de estudio, tanto antes como después de convertirse en madres. Se analizará, por ejemplo, la

influencia de la presencia o ausencia materna, así como el papel de las experiencias de la infancia y adolescencia en la formación de las actitudes y decisiones futuras respecto a la maternidad. Además, se examinarán de forma individual los conflictos y procesos de maternidad experimentados por Erika, Chela y Adriana, quienes fueron objeto de una investigación más exhaustiva y prolongada.

*En el capítulo 6*, se tiene como propósito demostrar cómo las circunstancias materiales que experimentan las mujeres, tanto en el pasado como en el presente, influyen en sus roles como madres y en su salud mental. Se enfoca en las múltiples vivencias y obstáculos que enfrentan las madres en contextos socioeconómicos diversos, y cómo estos elementos inciden en su bienestar psicológico y emocional. Se pone en relieve la importancia de la estabilidad financiera, el acceso a servicios de salud y el respaldo social en la calidad de vida de las madres. La escasez de recursos puede aumentar los niveles de estrés y ansiedad, afectando su salud mental.

Finalmente, en el *capítulo 7* se comparten los hallazgos finales de la investigación. Las tensiones que surgen en las maternidades con trastornos afectivos en comparación a otras que no la padecen. Potenciando las emociones que de por sí, generan las maternidades bajo circunstancias particulares.

## CAPÍTULO 1. - PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 Presentación del problema de investigación:

El título del tema de investigación es: **La construcción de la memoria en relación con los procesos y experiencias de la maternidad en un contexto de trastornos afectivos.** Se propone un enfoque interseccional para observar el complejo proceso de maternar que no solo incluye el proceso físico de la gestación; sino también el parto, post parto, las labores de cuidado y sostenimiento que involucran afectos, sensaciones, relaciones y que está atravesado por diversas condiciones –como la clase social o la salud mental– que impactan en las memorias, vivencias y experiencias de las mujeres.

Alrededor de las maternidades se han construido discursos sobre las mujeres, su desarrollo y proyecto de vida. El más importante de ellos es la consideración de la maternidad como “eje central de las identidades femeninas y su configuración como un espacio de gratificaciones y reconocimientos” (Fuller y Ruíz-Bravo, 2019, p.8): discurso en el que la maternidad es casi una consecuencia natural de ser mujer, y fuente de sentido a la existencia de todas las mujeres.

Elizabeth Ormart (2020) señala que, en América Latina, las representaciones acerca de la maternidad surgen –en su mayoría– a partir de la comparación con la virgen María, quien es considerada la madre suprema por la Iglesia Católica. Es decir “la influencia del discurso mariano, entrega una identidad a las mujeres [...] por lo que esta sobre identificación de madre y mujer tiene profundas consecuencias en una cultura como la nuestra” (Montecinos 1993, citada por Molina, 2006, p. 95). Por esto, las expectativas en cuanto a la perfección e infalibilidad de las madres, es un mandato enérgico y muchas veces inalcanzable para las mujeres. Por otro lado, gracias al avance en cuanto a los derechos de las mujeres y los aportes de los estudios realizados por los movimientos feministas se han podido desmontar muchas de las tensiones en torno a este tema (Saletti,

2008), pues la maternidad ya no representa necesariamente una obligación innata en la vida de las mujeres (Molina, 2006), sino más bien, un eje más dentro de toda su identidad. Sin embargo, con la superación de ciertos mandatos, han surgido nuevos: uno de ellos es la inserción de las mujeres al mercado laboral y “el desarrollo profesional, que también constituye una dimensión importante en sus proyectos de vida. Razón por lo que las madres jóvenes intentan integrar estos dos ejes en sus vidas, aun cuando se generen tensiones” (Fuller y Ruíz-Bravo, 2019, p.8). Por consecuencia, estos nuevos contextos configuran nuevas narrativas y múltiples exigencias para las mujeres y sus vidas.

En cuanto a la salud mental, el tema ha recibido una sustancial atención desde la antropología, aportando una mirada interseccional y considerando que “todas las instancias de reflexión y/o intervención frente a una problemática, sea cual fuere la disciplina que lo mira, es precisamente, esa mirada que viene atravesada por diferentes lentes y formas de interpretar la realidad. Todas ellas, fragmentarias y parciales” (Rolfo et. al., 2013, p.113). Por lo que estudios acerca de la pobreza, las migraciones o el abuso sexual en correlación a la salud mental, han sido recurrentes en las ciencias sociales (Kohrt y Mendenhall, 2016). Sin embargo, aún existe un déficit en las investigaciones respecto a la salud mental de las mujeres dentro de los procesos de maternidad.

Finalmente, respecto a la salud mental de las mujeres en Latinoamérica se “registran las tasas más elevadas de trastornos mentales en comparación a los hombres, y también presentan síntomas más graves y discapacitantes.” (Ramos-Lira, 2014, p. 275). Las tensiones que surgen en el proceso de maternar padeciendo un trastorno afectivo no sólo debería considerar las implicancias médicas; al ser un proceso que puede estar determinado por diversas categorías como la clase social, racial, ubicación geográfica y demás; representa un impacto mayor en la vida de quienes lo atraviesan.

Esta investigación, entonces, busca explorar los procesos de maternar de mujeres que padecen un trastorno afectivo, especialmente la depresión. La tesis se enfoca en la reconstrucción de las memorias acerca de los procesos del embarazo, crianza y cuidado de seis mujeres residentes en la ciudad de Arequipa. A partir de sus historias, y tomando en cuenta los condicionantes como la clase social, esta tesis reflexiona sobre lo que significa maternar bajo estas complejas condiciones.

## **1.2 Justificación**

El 2020 con el impacto del COVID-19, propuso un escenario con características particulares en la vida de las personas. La pandemia permitió visibilizar diversas problemáticas latentes que bajo esta circunstancia han detonado y la salud mental fue una de ellas. En el Perú, “desde el 2018 hasta el 2023 se ha registrado, al menos, 7.878 intentos de suicidio, según la vigilancia centinela del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC), en donde el 69% de casos corresponden a mujeres y 47% a jóvenes de 18 a 29 años” (Berríos, 2024). Asimismo, el área urbana registró el mayor porcentaje de trastornos afectivos, y las mujeres representaron al grupo con mayor incidencia en ansiedad y depresión, con 48% y 36% respectivamente, en comparación al 34% y 27% para los hombres (Sánchez et al. 2023). Considerando que los trastornos afectivos perjudican -en su mayoría- a las mujeres y son estas las que, por lo general asumen el rol de principales cuidadoras y responsables del espacio doméstico, es necesario explorar cómo se han ido configurando las dinámicas dentro de los hogares, ya que parte importante del tiempo de las mujeres se destina a este trabajo no remunerado (Avolio y Moreno, 2023). Por ejemplo, “las responsabilidades en relación con el tiempo dedicado a cuidar niños son mayores en el caso de las madres. Al respecto, se halló que haber pasado más tiempo cuidando niños incrementó la probabilidad de presentar síntomas de ansiedad” (Sánchez et al. 2023, p.5). Este escenario pone en relieve la necesidad de brindarle un enfoque de género a la salud mental desde el campo de la antropología, en donde se pueda explorar acerca de la agencia de las mujeres dentro de sus maternidades, cuando conviven con diagnósticos de trastornos afectivos.

Como veremos en el Estado de la Cuestión, las maternidades, han sido estudiadas ampliamente desde las ciencias sociales y la antropología: Badinter (1981), Tubert (1996), Gonzáles (2003), Palomar (2005), Molina (2006), Moncó (2009), Fuller (2019). Sin embargo, debido a los nuevos contextos sociales, económicos y políticos, el tema sigue brindando un amplio espacio de investigación y discusión. Considero pertinente evidenciar la mirada interseccional en torno a lo que implica maternar con trastornos afectivos tomando en cuenta el estigma que existe respecto a los problemas de la salud mental. Al ser ambos, campos de estudio sumamente complejos, es necesario desmitificarlos para verlos como elementos imbricados dentro de la sociedad, en donde múltiples factores pueden determinarlos y condicionarlos. Además, que la maternidad como institución, aún tiene vigente una narrativa universal e innata sobre lo que debería ser, mientras que las experiencias de las mujeres sobrepasan las mismas o configuran narrativas totalmente nuevas.

En cuanto al espacio geográfico en donde se propone la investigación, Arequipa, durante el 2022 registró a la depresión como trastorno afectivo más recurrente (EsSalud). Además, según reporte del Ministerio de Salud, fue una de las ciudades que presentó un incremento en problemas de salud mental debido a las lluvias y problemas climáticos (Minsa, 2023) lo que evidencia la importancia de considerar las condiciones materiales en las personas que padecen trastornos afectivos. Por la data presentada, una investigación con mirada interseccional que explora los procesos de maternar atravesada por condicionantes de la salud mental, aportaría una perspectiva más compleja y particular de la situación, destacando las pequeñas o grandes tensiones que surgen cuando se encuentran.

Finalmente, desde un posicionamiento personal me surgen reflexiones sobre la decisión de ser madre o no, entre diversos motivos existe el cuestionamiento sobre qué tan buena madre podría ser cuando tengo un diagnóstico de ansiedad. Por otro lado, mi posición feminista me permite transitar con autocuidado frente a las exigencias impuestas socialmente a las mujeres para convertirnos en madres y las exigencias que conviven con los procesos para ser una 'buena madre'. Adentrarme en el estudio de las experiencias de otras mujeres y reconocerme en otras memorias desde el feminismo y la academia, puede ser el camino para una investigación mucho más empática y respetuosa.

### **1.3 Preguntas y objetivos de la investigación**

La construcción de la memoria en relación con los procesos y experiencias de la maternidad en un contexto de trastornos afectivos.

#### **General:**

¿Cómo se construye la memoria sobre el proceso de maternidad, cuándo se materna padeciendo un trastorno afectivo?

#### **Específicas:**

- *¿Cómo sus historias personales influyeron en la posibilidad de ser madres y en su experiencia al maternar?*

El objetivo de esta pregunta es explorar en las experiencias individuales e íntimas de las mujeres y cómo impactaron en sus deseos, ideas del futuro y el proceso del trastorno afectivo junto a su maternidad.

- ***¿Cómo se evoca una maternidad a través de la memoria?***

Esta pregunta tiene el objetivo de reconocer de qué manera se desarrolla el acto de recordar sus procesos de la maternidad en diferentes etapas de sus vidas y las de sus hijos; asimismo, qué emociones y creencias generaron y generan en el tiempo presente.

- ***¿Cómo impactan las narrativas y expectativas sobre la maternidad, prevalentes en el entorno social, en la decisión de ser madres y en la experiencia de materner? ¿Qué estrategias han desarrollado para materner?***

Esta pregunta busca delimitar las consecuencias que tienen los discursos del entorno social de las mujeres en las experiencias de sus propias maternidades, todo ello vinculándose también al trastorno afectivo y el impacto que tiene en sus vidas. Asimismo, identificar las acciones concretas que realizaron o realizan para vivir su maternidad, padeciendo un trastorno afectivo o algún condicionante que individualice su maternidad, ya sea para evitar juicios sociales o facilitar ciertas tareas de cuidado hacia sus hijos.

- ***¿De qué manera las diferencias sociales y económicas particularizan sus experiencias para materner?***

El objetivo de esta última pregunta es evidenciar que los trastornos afectivos no existen en un vacío, sino que están atravesados y condicionados por múltiples circunstancias —sociales, económicas, culturales— que no solo influyen en su desarrollo, sino que además repercuten significativamente en diversas dimensiones de la vida de las mujeres.

## CAPÍTULO 2.- MARCO CONCEPTUAL

### 2.1 Estado del arte

En la siguiente sección, se presentan investigaciones previas al tema planteado. Qué enfoques y desde qué áreas se han ido estudiando; así como la contribución del proyecto al campo de la antropología.

Se han considerado tres ejes temáticos: **la maternidad, la antropología de la salud mental y la intersección de la maternidad con la salud mental.**

#### 2.1.1. La maternidad

La maternidad ha sido ampliamente investigada en diferentes momentos de la historia, por distintas áreas de estudio y desde diversas perspectivas. Durante mucho tiempo, estuvo dominado por perspectivas masculinas dentro del ámbito académico, siendo abordada principalmente por investigadores como: Claude Lévi-Strauss (1969), Maurice Godelier (2011), André Green (1999), entre otros. En este sentido, es imprescindible destacar el aporte de investigadoras mujeres, cuyas aproximaciones —algunas atravesadas por marcos teóricos feministas— han desafiado las narrativas tradicionales y ampliado los marcos interpretativos sobre la maternidad; cuestionando las estructuras patriarcales, los roles de género y la división del trabajo dentro del espacio doméstico. Sus aproximaciones han contribuido a una comprensión holística, situada y, en muchos casos, vivencial de las complejidades que atraviesan estos procesos. Como consecuencia, fue posible replantear las miradas tradicionales desde las cuales se comprendía la maternidad, propiciando investigaciones que reconocen sus múltiples dimensiones sociales, afectivas y estructurales.

Simone de Beauvoir (1949) cuestiona la consecuencia natural de maternar tan solo por ser mujer, para ella, la maternidad es impuesta como el único camino hacia el reconocimiento y respeto social. Resalta esta ambivalencia, de que por un lado parece ofrecer alegría a las mujeres y la sensación de satisfacción, pero prontamente trae culpa, cansancio y vacío en sus vidas. En la misma línea, Élisabeth Badinter (1981) ha cuestionado conceptos como el ‘instinto materno’ y el ‘amor materno’, argumentos que han sido utilizados para apuntar a la maternidad como el único camino para que las mujeres se sientan plenas y se les considere realizadas. Para la autora, “sólo son sentimientos, y como tales, son esencialmente contingentes” (Badinter, 1981, p. 309). Por su parte, Nancy Scheper los señala como una construcción social que “representa más bien una matriz de imágenes, significados, prácticas y sentimientos que son social y culturalmente producidos” (1997, p. 329) y que pueden verse determinadas por las condiciones materiales o ideológicas que atraviesa la madre y su entorno. Este planteamiento, lleva a la autora a reflexionar sobre las expectativas y exigencias de la práctica de la maternidad, en donde “la moralidad que guía a las madres, por ejemplo, a las madres pobres, puede no seguir la conciencia ‘convencional’ o los discursos morales dominantes” (1997, p. 391), y no por ello son ‘malas madres’. Es evidente que la maternidad no puede reducirse a un proceso solamente biológico, sino, que su enfoque también debe ir “seguido de su correspondiente trascendencia en lo económico, social y político” (Sau, 2004, p. 21), pues la maternidad y sus experiencias pueden verse determinadas por diferentes circunstancias como la migración, el sistema de cuidados, la encarcelación de las mujeres, etc. (Fuller y Ruíz-Bravo, 2019); que inciden directamente en la configuración de los proyectos de vida de las mujeres y en sus dimensiones afectivas. Por lo que Badinter, propone estudiar a la maternidad como una figura “relativa y tridimensional” (1981, p.15), en primer lugar relativa porque surge a partir de la relación entre la figura paterna y los hijos; y tridimensional porque las mujeres también son seres individuales, que pueden tener roles separados o totalmente distintos a los que implica su maternidad; en sus deseos y placeres no siempre irán en función a la relación padre-hijo (Badinter, 1981). Considerar estas variables permite comprender la identidad de las mujeres como una construcción compleja, en la que la maternidad constituye sólo uno de sus múltiples ejes.

Betty Friedan (1965) destaca las emociones, tensiones internas y sentimientos ambivalentes de las mujeres que habitan un contexto sociocultural que espera de ellas

una felicidad absoluta al asumir los roles de madres y esposas. Esta narrativa es precisamente lo que la autora denomina “la mística de la feminidad” (p. 122), la exigencia para que las mujeres releguen sus aspiraciones personales, para centrarse en la búsqueda del éxito de sus hijos y esposos. La autora, a través de un texto ampliamente descriptivo y con la ayuda de distintos testimonios, concluye en que estas mujeres experimentan el vacío en sus hogares y se cuestionan sobre sus vidas y su futuro, a lo que Friedan denomina como “el problema que no tiene nombre” (p. 44), un malestar que surge entre haber cumplido con las expectativas impuestas y, al mismo tiempo, experimentar la sensación de no haber hecho nada por sí mismas; lo que genera en muchas mujeres una constante percepción de vacío y la necesidad de ‘algo más’ que sus esposos e hijos. Desde esta perspectiva, Adrienne Rich (2019) una de las autoras que más ha reflexionado sobre la maternidad en distintos niveles, plantea una mirada personal e íntima que reconoce lo emocional, cotidiano e individual de las mujeres para comprender la complejidad de sus maternidades; hasta una mirada macrosocial, en dónde la maternidad es central a la manera en que las sociedades estructuran su división del trabajo y otorgan accesos diferenciados a recursos materiales y simbólicos. Rich (2019) también explora en las emociones que surgen en las relaciones madre-hijo, expone que “las madres pueden ser víctimas de sentimientos más complicados y subversivos, en dónde, por ejemplo, el amor y la furia pueden coexistir” (p. 100), en donde la ambivalencia en las emociones la podría llevar a reforzar sobre sí misma, sentimientos de culpa e incapacidad. Rich apunta en que la maternidad como institución ha podido promover cierto sentido de respeto hacia las mujeres, pero generalmente las ha vuelto parias, ya que la maternidad será “sagrada siempre y cuando sea legítima” (2019, p. 88), por lo que, si no es dentro del control del matrimonio puede llevarla a ser excluida. Sin embargo, también señala que la maternidad podría ser un espacio de resistencia para cuestionar y desmontar estos mandatos bajo los que se encuentra.

Posteriores autoras, han continuado el debate de la dicotomía naturaleza-cultura de la maternidad, que por mucho tiempo “fue considerada como más cercana a la naturaleza y, por lo tanto, asociada a lo privado, lo doméstico y lo manual” (Cañero, 2022, p.301), relegando a las mujeres a la soledad del espacio doméstico. Pues otro punto relevante dentro del texto de Rich (2019) es el cuestionamiento sobre la carga que asumen las mujeres, que no solo comprende el cuidado físico (casi total) de los hijos, sino que muchas veces son las que también asumen el rol de soporte emocional para los hijos y el

esposos; lo que, por consecuencia, las lleva a desconectarse de su propia frustración, reforzando el mandato de ser compasiva y servicial. El escenario se complejiza aún más, porque esta situación se manifiesta dentro del espacio doméstico lo que la lleva a un aislamiento social, que refuerza la sensación de soledad. Por ello, abordar la maternidad también como una cuestión de género, tal como lo plantea Judith Walkowitz, permite comprenderla no sólo como una experiencia individual, sino como una construcción social atravesada por normas, expectativas y relaciones de poder; apunta a la observación de la división sexual del trabajo “que, marcó las diferencias entre los sexos [...], pues se tenía claro que la labor de la mujer iba a ser lo referente a la maternidad” (Walkowitz, 1995 citada por Barrantes y Cubero, 2017, p. 31). El “género, como el conjunto de ordenamientos simbólicos de lo que significa ser hombre o mujer” (Palomar, 2004, p. 14) resalta todo el sistema de cuidados que recae principalmente en las mujeres. Desarrollando esta idea, Schepper (1997) señala que este mandato de omnipresencia frente a su rol de madres las ubica como principales responsables del bienestar de sus hijos y son consideradas como figuras extremas: o profundamente poderosas o altamente destructivas; esta dicotomía conlleva una carga desproporcionada de tareas que afecta a las madres. Por ejemplo, Soledad Gonzáles (2003) revela que, en la mayoría de los hogares en México y Latinoamérica, las mujeres tienen una gran responsabilidad respecto a la atención de la salud de las personas con quienes viven, particularmente, los niños más pequeños. Leila Abdala profundiza en estas dinámicas, pues es la maternidad la que posee un “repertorio de prácticas de cuidado, que activamente contribuyen a la construcción de una subjetividad como madres, marcando un límite entre las «buenas» y «malas» prácticas de cuidado, es así que las madres se convierten en objeto de atención y control de la mano de consejos de otras madres, consideradas como experimentadas” (2019, p. 115). Es decir, aquel poder impuesto a las mujeres respecto a la crianza y cuidado del hogar coexiste con el mismo control impuesto sobre ellas, por parte de sus esposos (Scheper, 1997) o demás familiares.

La mayoría de los textos considerados para esta investigación reconocen la importancia de estudiar a las mujeres como seres políticamente implicados (Scheper, 1997) en un sistema en donde sus experiencias y relaciones trascienden la maternidad, que ya de por sí, es considerada como “una práctica múltiple y contradictoria que, en todos los casos, supone constantes elecciones y renunciaciones” (Fuller y Ruíz-Bravo, 2019, p.6). Indudablemente, la biología determina que los cuerpos femeninos sean los que pueden

gestar, sin embargo, la correlación directa entre ser mujer y por consecuencia ser madre (Tubert, 1996) ha sido largamente debatida y refutada por diversas autoras, citadas anteriormente.

Actualmente gracias a las transformaciones en la sociedad y los roles de género, es que la maternidad ya no es considerada ni obligatoria, estática o universal (Matsumura, 2019). Se ha logrado un gran avance en cuanto a la percepción y expectativas de la maternidad; sin embargo, estos nuevos escenarios traen consigo nuevos mandatos. La figura materna, en el pasado, concebida como un dispositivo de control, ha transitado hacia nuevas configuraciones. En este proceso, emerge una nueva representación: la figura que ‘dialoga y negocia’, que introduce nuevas tensiones y escalas valorativas que regulan, de manera sutil pero persistente, los parámetros que definen lo que se considera una buena o mala madre. Asimismo, las transformaciones en las actuales exigencias hacia las mujeres representan nuevas obligaciones, tales como “ser económicamente independiente, tener una carrera profesional y ser madre al mismo tiempo” (Matsumura, 2019, p. 88). Este contexto supone una carga adicional en los proyectos de vida de las mujeres, al demandar simultáneamente realización personal, profesional y familiar.

Investigaciones más recientes, proponen estudios en donde la maternidad se constituye bajo diferentes posibilidades y las mujeres pueden optar por un proceso médico asistido para poder ser madres biológicas sin la necesidad de procrear y criar en compañía de una pareja (Barceló, 2016). Esta reconfiguración pone en el centro el deseo de maternar como una decisión autónoma, y permite visibilizar las estrategias y recursos que las mujeres movilizan para satisfacerlo.

Puedo concluir que existen miradas múltiples de las maternidades, por lo que nuevas perspectivas y críticas se han posicionado en torno al tema. Se reconoce no sólo la diversidad de condicionantes que las atraviesan —como el contexto social, económico y afectivo—, sino también la agencia de las mujeres en su construcción. Sin embargo, aún quedan rezagos de mandatos tradicionales, que regulan estas experiencias, por lo que es necesario continuar con un enfoque interseccional que nos permita analizar todo el contexto que las rodea y particulariza sus experiencias. Aunque muchas historias pueden tener similitudes, en lo cotidiano, es dónde resalta la experiencia individual.

En ese sentido, la presente investigación me permite estudiar a la maternidad con una mirada particular en la salud mental de las mujeres y también propone una exploración entre las memorias de estas experiencias para evidenciar que maternar es un proceso dinámico que se transforma con el paso del tiempo.

### **2.1.2 Antropología y salud mental**

Meyers y Patton señalan que la antropología de la salud mental presenta un largo camino en las investigaciones. “Esto ha mostrado cómo la salud mental puede figurar a la vez como categoría analítica en antropología y como objeto de etnografía” (citados por Bruun 2023, p. 14), por lo que las etnografías acerca de la salud mental no solo ayudan a entender las características y eventualidades de los sistemas de salud, sino también han contribuido a los tratamientos y protocolos de atención que no sólo consideran lo biológico o clínico. La naturaleza de la antropología propone un estudio interseccional en la salud mental, los autores citados refieren a las realidades materiales y estructurales del sujeto en la investigación para lograr comprender con mayor exactitud y complejidad el estado de la salud mental. Por lo que se propone que “la salud y la enfermedad deben ser pensadas a partir de los contextos socioculturales específicos en los cuales los mismos ocurren” (Langdon y Wiik, 2010, p. 178).

Diversas enfermedades mentales derivan o se exacerbaban por vivir situaciones de desigualdad social (Kohrt y Mendenhall, 2016). Los autores concuerdan en que los trastornos mentales no solo son consecuencia de la genética; por el contrario, también pueden progresar a partir de situaciones y experiencias sociales. Es decir, un trastorno mental es multifactorial, por lo que es esencial considerar diversos aspectos para lograr un diagnóstico preciso. Evaluar estos factores es imperativo para evitar diagnósticos excesivos o insuficientes, por lo que una comprensión integral del trastorno requiere la consideración de factores biológicos, psicológicos y sociales que puedan influir en la condición. Esto incluye un análisis de su historia clínica, sus experiencias de vida, su entorno social y cualquier predisposición particular. Estos elementos garantizan un diagnóstico y tratamiento más exacto y preciso.

En cuanto a la clasificación de los trastornos afectivos, dentro de las investigaciones médicas o antropológicas, suelen ser complejas y difíciles de definir. De hecho, “dentro de la antropología médica, disciplina que enfoca particularmente la relación entre

las experiencias de enfermedad y la cultura, encontramos dentro de la literatura distintas perspectivas y diseños de investigación” (Sarudiansky, 2010, 168) desde quienes señalan que por consecuencia de la biología las enfermedades nos impactan de la misma manera a todos, hasta quienes sostienen que todo es atravesado por la cultura, por ende la experiencia es particularmente distinta en cada persona (Margets, De Vos y Bains, 2005 citados por Sarudiansky, 2010). Considerando el segundo enfoque, la frecuencia de los estudios que proponen estudiar la correlación entre la pobreza y el impacto en la salud mental de las personas, es cada vez más amplia. Por ejemplo, centrándonos en la salud mental de las mujeres, se halló que la escasez de agua impacta en su estado anímico y puede desembocar en la depresión y/o ansiedad, ya que ellas son las encargadas de las tareas domésticas en el hogar como la limpieza, comida, aseo de los hijos, etc. (Kohrt y Mendenhall, 2016), en este caso los roles de género y los mandatos que los involucran muestran cómo las maternidades, en su mayoría, lidian con las tareas de cuidado y cómo esta situación puede resquebrajar la salud mental de las mujeres, más aún cuando sus experiencias están atravesadas por una situación de precariedad.

El aporte de la antropología con herramientas y metodologías evidencia la importancia del conocimiento local sobre lo que se considera el “bienestar y la salud mental”, para hacer un diagnóstico y tratamiento que aporte a los operadores de la salud y a los pacientes/ciudadanos. (Kohrt y Mendenhall, 2016) Las enfermedades mentales, al ser cruzadas también por la cultura, “resaltan la dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre salud e incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad” (Langdon y Wiik, 2010, p.182)

Gracias a las investigaciones consultadas, puedo concluir en este apartado, que existe un reconocimiento y consideración del aporte de la antropología a la salud mental, no sólo para su estudio y comprensión, sino también para el tratamiento médico y mejora de quienes padecen enfermedades mentales. Aunque cada persona diagnosticada presenta un proceso subjetivo y personal; el contexto, la cultura, la clase social o la raza pueden determinar el cuidado o resquebrajamiento de la salud mental de las personas.

Respecto a la salud y las mujeres, desde el campo de la antropología existen amplios estudios, sin embargo, el reto aún continúa en seguir explorando puntualmente a la salud mental de las mujeres dentro de sus particularidades y lo que sus experiencias nos enseñan. Por lo que la comprensión de quién investiga, aunque es importante, no resulta

suficiente; es necesario que el grupo de investigación comparta sus experiencias y propio juicio sobre lo que implica la búsqueda de su bienestar, el cuidado de su salud mental o el impacto del diagnóstico de un trastorno afectivo en sus vidas; más aún cuando confluye con sus maternidades y crianza de sus hijos que también tiene un impacto importante en sus proyectos de vida, su salud y su bienestar. Por lo que, en ese sentido, la investigación representa un aporte para la antropología de la salud.

### **2.1.3 Salud mental y maternidad**

En esta sección, traeré a colación las investigaciones que se han realizado en torno a la salud mental vinculada con la maternidad. Los estudios sobre el tema son vastos en el área de la psicología con enfoque social, ello ha contribuido a explicar los procesos fisiológicos que tienen las enfermedades mentales, pero también han permitido comprender el impacto que tienen en la vida y desarrollo de las mujeres. En la búsqueda de fuentes consultadas, puedo determinar que la mayoría de los estudios abordan trastornos graves como la psicosis o la esquizofrenia (Chopita et. al., 2015; Seda, 2017; Ramón-Ramos et. al., 2016; Gómez 2002). Respecto a la depresión post parto también existe un amplio número de investigaciones (Medina-Serdán, 2013; Carro et. al., 2000; Oviedo y Jordán, 2006; Rondón, 2005) que exploran en la salud de la madre, el acceso a terapias, el sistema de cuidados, el impacto que podría tener la crianza y vida de los hijos y la importancia del grupo de soporte para el bienestar de estas mujeres (Ramón-Ramos, 2016).

Se reconoce que existen “tantas maternidades como sujetas, y que el ejercicio de la misma depende de la historia singular y del momento subjetivo en que tiene lugar” (Chopita et. al., 2015, p. 27). En este sentido, se reconoce que, por ejemplo, las hormonas que se segregan durante el post parto y la presencia del infante pueden llegar a alterar y cambiar la estructura del cerebro materno, por lo que, en esta situación las mujeres podrían ser más resistentes o vulnerables a los trastornos afectivos (Calcagni et. al., 2021), todo ello puede estar determinado por las diversas circunstancias que atraviesan las mujeres antes, durante y después de la gestación. Respecto al proceso del tratamiento, también se cuestiona el acceso que las mujeres tienen a este, y cómo la burocracia en el sistema de salud estatal, entorpece y dilata las terapias y tratamiento necesario (Elizalde, 2022). También se han problematizado los discursos que existen cuando se materna y se tiene

un trastorno mental grave. Un proceso como tal “interpela las representaciones sociales, estereotipos, discursos y actitudes sobre lo que socialmente es esperado de las mujeres y las maternidades, asociado al paradigma de ‘mala madre’. La asunción por parte de profesionales o del propio entorno familiar de asumir una incapacidad para la maternidad, lleva a que las mujeres tengan la sensación de estar siempre a prueba” (Elizalde, 2022, p.75). Se evidencia la contradicción en la responsabilidad impuesta a las mujeres para con los hijos, con la falta de capacidad que se presupone hacia ellas cuando padecen un trastorno mental.

Recientemente los estudios en Ciencias Sociales consideran escenarios como la migración de mujeres madres y el impacto que este evento tiene en su salud mental. “La incorporación del enfoque interseccional en los estudios migratorios demuestra el modo en que género y etnia son factores que se sobreponen reproduciendo nuevas formas de segmentación y discriminación que afectan particularmente a las mujeres migrantes” (Acosta, 2011 citada por Carreño et. al. 2022, p. 81). Realizar investigaciones con enfoque de género permite complejos análisis que comprendan el sistema de cuidados y la enfermedad mental dentro de la vida de las mujeres (Soares y Carvalho, 2009) cuando lidian con un proceso migratorio, la pobreza, etc.

En el caso puntual de Arequipa, la investigación de María Masías y Walter Arias, determinó que casi el 50% de las mujeres en su estudio, presentaron síntomas de depresión postparto. En la mayoría de los casos, esta variable se correlaciona con el grado de instrucción de la madre (2018), lo que refleja un interés por observar un marco más amplio sobre el contexto en el que se desarrollan las enfermedades mentales y los factores que podrían involucrarla.

Finalmente, debido a la naturaleza de las investigaciones, los entornos en donde se tuvo acceso a la información solían ser -en su mayoría- centros médicos de primer o segundo nivel. Por lo que una investigación que plantee estudiar la maternidad atravesada por trastornos afectivos, en un ambiente no medicalizado, intentando explorar en las experiencias y memorias de las mujeres, y reconocer las transformaciones de sus maternidades a través del paso del tiempo, podría aportar nuevas perspectivas respecto al tema. Asimismo, el estudio sobre trastornos afectivos puede tensionar los estigmas respecto a esta condición y los mandatos de la maternidad. “Ser madre parece ser un punto de inflexión vital que trae consigo un cambio profundo en la identidad ocupacional de las participantes” (Maceira et. al., 2018, p.280) y junto a los trastornos afectivos, podría presentar una serie de contradicciones y paradojas en lo que se espera de la

maternidad o por el contrario podría fortalecer ciertos mandatos a consecuencia de alguna sensación de incapacidad por un problema de salud mental.

Dentro de la antropología de la salud, hay considerables avances respecto a la salud mental, sin embargo, en Arequipa aún es necesario continuar profundizando en la investigación del tema. Por lo que un aporte adicional de mi propuesta radica en la especificidad de la maternidad con trastornos afectivos, además de exponer una mirada descentralizada de la problemática.

## **2.2 Marco Teórico**

La siguiente sección permitirá aclarar y profundizar el enfoque de los conceptos empleados en la presente investigación: memoria, maternar e interseccionalidad. En conjunto, estos conceptos permitirán una comprensión holística y matizada de las experiencias de las mujeres en relación con sus procesos de maternidad y la salud mental de las mismas.

### **2.2.1 Interseccionalidad**

La interseccionalidad es un enfoque que se ha ido considerando frecuentemente en diversas investigaciones, esto permite graficar los cruces de varios conceptos planteados y como se impactan entre sí.

*Es presentada “como una categoría de análisis para identificar de qué manera la intersección de las estructuras sociales (género, sexualidad, raza, nacionalidad, clase, discapacidad, etc.) genera situaciones de discriminación complejas que se mantienen y reproducen tanto en el nivel estructural, como político y discursivo”*  
(La Barbera, 2017, p. 191).

El término fue usado por primera vez por Kimberlé Crenshaw, abogada y profesora en la Universidad de Columbia, quien “ofrece la base teórica de la interseccionalidad, que posteriormente será matizado, ampliado y criticado. Pues básicamente la teoría de la interseccionalidad es una respuesta crítica por parte del feminismo negro frente a la teoría

feminista “hegemónica” y las teorías antidiscriminación raciales.” (Sales Gelabert, 2017, p. 233) Una opresión se imbrica en un sistema de otras; la intención de la interseccionalidad es resaltar la complejidad de las relaciones sociales y sus dinámicas desde una mirada de múltiples perspectivas (Sales Gelabert, 2017). En este sentido, este concepto aporta crucialmente para mi investigación, ya que las mujeres que son parte del estudio no solo son atravesadas por su condición de madres, sino también por la clase socioeconómica, la edad e incluso en su condición de madres solteras o casadas. Todos estos factores se relacionan entre sí y le dan forma a las experiencias, vivencias y sentires de las mujeres cuando atraviesan su maternidad que convive con un trastorno afectivo.

### 2.2.2 Maternar

En este apartado sobre maternar considere necesario reunir las diversas investigaciones, enfoques y áreas de estudio de la maternidad y sus prácticas concretas. Según la RAE, el verbo *maternar* ha surgido a finales del siglo XX para referirse al ejercicio cotidiano de la maternidad, asociado a las acciones de crianza y cuidado, generalmente, para con los hijos. En esta investigación, cuando me refiero al *proceso de maternar*, esencialmente trato de resaltar las acciones que las madres han tenido durante sus maternidades, además de considerar sus rutinas y el uso de sus tiempos. También evidenciar que la maternidad es un proceso en sí, que va cambiando de acuerdo con la edad de las mujeres y la de sus hijos. De igual modo, existen circunstancias por las que estos procesos podrían verse alterados, por ejemplo, alguna enfermedad, la situación socioeconómica, la etnia o la orientación sexual. Por lo que las maternidades no resultan ser lineales ni absolutas. Adriana Vindas (2010) señala que las labores de maternaje no solo implican un cuidado físico, sino tiene un enfoque integral; por lo que estas tareas necesitan de una red de crianza, porque en el caso de ser asumido sólo por las mujeres éstas terminarían monopolizando la mayor parte de su tiempo. Además, la autora resalta que “las mujeres son conscientes de la expectativa que se tiene acerca de los mandatos de cuidado, pero además del impacto que tendrán estos en la vida de sus hijos, por lo que es en ese momento en el que surge angustia y preocupación de que tan bien puedan asumir este rol” (p. 50). En este sentido Rich (2019), propone que este poder impuesto a la mujeres - dentro de las estructuras patriarcales- reside en la influencia que ellas tienen en el

bienestar o no, de sus hijos, pero que ambivalentemente convive con el control sobre ellas mismas.

Para Roberta Flores y Olivia Tena “los cuidados realizados por las mujeres dentro de un entorno familiar, implican un componente moral que determina un carácter obligatorio y desinteresado para cuidar al esposo o hijos” (2014, p. 33) lo que podría terminar desconectándolas de la búsqueda de su propio bienestar. Hablar de la maternidad como verbo, es decir *‘maternar’*, implica una serie de acciones generalmente traducidos en los cuidados que usualmente recaen en las mujeres, pues se asume como una asignación natural, pero las autoras Flores y Tena “revelan que no son inherentes las mujeres, por el contrario, debe entenderse como un trabajo que implica un desgaste físico y emocional” (2014, p. 35). Este enfoque subraya la necesidad de reevaluar las expectativas y responsabilidades asignadas a las mujeres en la esfera doméstica y familiar.

En esta investigación el uso del término se usa para referirse a la maternidad como un proceso que cambia y que implica la totalidad de cuidados que concierne a las mujeres en cuanto a la crianza de sus hijos.

### **2.2.3 Memoria**

El concepto de memoria ha sido ampliamente estudiado dentro de las ciencias sociales, en su gran mayoría, enmarcado en los conflictos de dictadura, desaparición forzada y violencia. Precisamente, María Di Lisci (2007), señala que las experiencias dentro de regímenes de opresión dictatoriales han abarcado nuevas áreas de estudio y se han convertido en objetos de análisis, sobre todo porque muchos de los procesos de justicia y reparación aún no están concluidos.

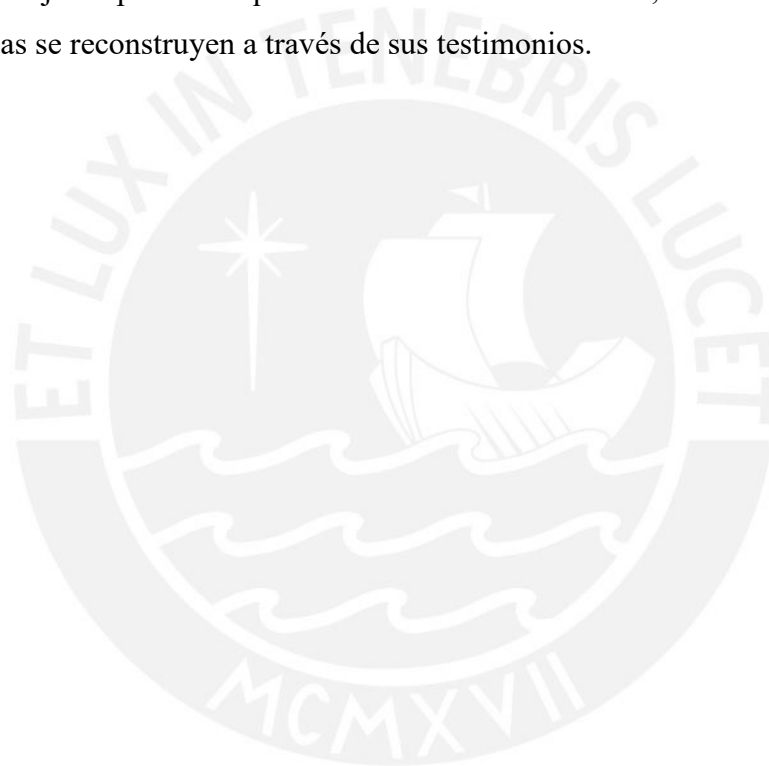
Por su parte Elizabeth Jelin (2020), destaca que la acción de ‘recordar’ y sus procesos son únicos e intransferibles, lo que implica que forman una parte esencial en la construcción de la identidad personal. Esta identidad se sostiene a través del recuerdo del propio pasado, de modo que recordar y la identidad se constituyen mutuamente. Entonces, se podría anotar que “las identidades y las memorias no son cosas sobre las que pensamos, sino cosas con las que pensamos. Como tales, no tienen existencia fuera de nuestra política, nuestras relaciones sociales y nuestras historias” (Gillis (1994) citada por Jelin, 2020, p. 426). Otro factor importante en este concepto es la consideración del tiempo en el que es activada la memoria, porque tendrá determinada influencia dentro de

los procesos de recordar u olvidar, “el recuerdo del pasado está interpelado por el presente desde el cual se rememora” (Van Alphen, 1999, citado por Giorgi p. 109) y podría existir la posibilidad de estar sesgados por el nuevo contexto en que se narran (Macher. 2023, p. 26) y de las exigencias que el presente requiere de cada persona.

Por otro lado, la categoría del género también se ha ido considerando dentro de las investigaciones acerca de la memoria. Han surgido interrogantes sobre los recuerdos particulares de las mujeres y la manera en que su perspectiva aporta nuevas miradas respecto a las memorias ya construidas (Di Lisci, 2007). Jelin (2020) señala que algunas evidencias cualitativas demuestran que las mujeres presentan un relato con mayor atención a los detalles, además le prestan particular atención al plano emocional, “tienden a recordar la vida cotidiana, la situación económica de la familia, lo que se suponía que debían hacer en cada momento del día, lo que ocurría en sus barrios y comunidades, sus miedos y sentimientos de inseguridad” (Jelin, 2020, p. 536). Asimismo, “los sistemas de género de la sociedad condicionan vivencias y experiencias que incluyen mecanismos de registro, transmisión y apropiación simbólica, establecen una normativa de comportamientos y expectativas” (Di Lisci, 2007, p.148) por consiguiente, las mujeres exaltarán las actividades en las que podrían ser reconocidas como ‘buenas madres’, mientras tanto podría excluir o minimizar las que, las señalaría de lo contrario. Los procesos de memoria también se ven condicionados por lo que debería ser recordado y olvidado. En el mismo sentido, Jelin (2020) señala que, así como lo que se recuerda es importante, el olvido y el silencio también lo son, por lo que “toda narrativa del pasado implica una selección. La memoria es selectiva; la memoria total es imposible” (Jelin, 2020, p. 430). Entonces, las memorias no son puramente descriptivas; tienen filtros que dependen del lugar en el que se activan, el momento que vive la persona que las rememora, el objetivo para el que lo hace, quien o quienes son sus interlocutores, etc.

En su texto más reciente, “Prohibida la tristeza”, Sofia Macher (2023) resalta que fue necesario prestarle atención a la cotidianidad en las memorias de las mujeres para poder percibir su nivel de agencia, porque es precisamente en el espacio cotidiano en “donde las personas se reproducen como sujetos y se preparan para la vida social” (Macher. 2023, p. 21). A pesar de que este estudio sobre la memoria, también se contextualiza en un entorno de violencia, la resistencia de las mujeres puede ser palpable en el plano emocional y en las tareas domésticas que les eran encomendadas por sus secuestradores.

Finalmente, el concepto aporta a la presente investigación porque la maternidad, al ser un proceso que va mutando a través del tiempo, se ha apelado a las memorias de las mujeres que son parte del estudio, desde la gestación hasta la etapa de adultez de sus hijos. El enfoque, al igual que lo propone Macher, está en la cotidianidad de sus experiencias, los cambios en sus ideas y la expectativa de lo que sería su futuro a partir de lo rememorado. Sin embargo, el contexto varía ya que no se habla de un entorno compartido entre las mujeres como en los casos de violencia o desaparición forzada, la intersección parte en atravesar la maternidad con un diagnóstico de trastorno afectivo, que a su vez está condicionado por múltiples factores. Las conversaciones que propongo con estas mujeres permiten que estas memorias se activen, en esta relación que sus experiencias se reconstruyen a través de sus testimonios.



## **CAPÍTULO 3.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. Diseño metodológico**

#### **3.1.1. Descripción de temas y subtemas sobre los que se va a recoger información**

La investigación abarca tres temas importantes: la memoria, la maternidad y la salud mental dentro de un grupo de mujeres en Arequipa. En primer lugar, la memoria que podría explicarse como la capa que cubre gran parte de la investigación respecto a la maternidad y la salud mental. Es desde las memorias de la cotidianidad de las mujeres que se comienza a explorar en sus experiencias de la infancia y adolescencia, sus creencias y decisiones respecto a su proyecto de vida, las relaciones familiares y sociales e ideas previas de la maternidad. Asimismo, los hijos e hijas de las mujeres con las que me entrevisté, se encuentran desde la edad escolar hasta la juventud y adultez, por lo que también se ha dialogado respecto a lo que fue su maternidad durante los primeros años, desde sus rutinas diarias que comprenden el cuidado de niños pequeños, pero también actividades que transcurrían en paralelo a la maternidad durante esa etapa; también las emociones que iban sintiendo en ese momento y las ideas que existían en el entorno social respecto a la salud mental y los trastornos afectivos. En segundo lugar, para tener mayor precisión y claridad respecto a la maternidad, se dividió en dos tiempos, antes y después de la primera gestación. En el bloque previo a la gestación se buscó explorar, desde el tiempo presente, el proyecto de vida de las mujeres y las expectativas del futuro a partir de sus propias experiencias antes de ser madres; asimismo, las expectativas sobre la maternidad y las condiciones materiales que enfrentaba en ese momento. Muchas veces, las figuras maternas cercanas forman paradigmas respecto a la maternidad, por lo que se investigó acerca de ello, cómo consideran que fueron las relaciones con sus madres o la persona por la que fue maternada y qué impacto tuvieron en sus futuras decisiones y en

el área emocional. Finalmente, las condiciones y experiencias del proceso de gestación, desde el aspecto biológico, material y emocional. Respecto a la etapa posterior de la primera gestación, se consideraron los cambios más relevantes en la vida de las mujeres y se indagó sobre el impacto, que ellas consideran, tuvo esa etapa en su proyecto de vida; respecto al tiempo que lleva siendo madre se consultó por la edad y número de hijos. En el plano mental se ahondó en los sentimientos y emociones usuales a causa de la maternidad, asimismo, sobre las presiones individuales y sociales de la capacidad para ‘ser buenas madres’. Finalmente, se exploró en las diversas acciones y herramientas que fueron desarrollando respecto a sus condiciones particulares en la que su maternidad se contextualiza.

En tercer lugar, el eje de salud mental también se dividió en el tiempo previo y posterior al diagnóstico o evento que desencadenó el trastorno afectivo, abordado desde el tiempo en el que se inició la investigación. Para ello fue necesario indagar sobre las relaciones sociales antes de conocer su condición, las narrativas acerca de la salud mental, tanto individuales como las del entorno social. En ese sentido, la historia médica familiar respecto a enfermedades mentales podría permitir entender las ideas acerca de estas; se profundizó sobre las emociones recurrentes en el momento más álgido de su trastorno afectivo, el tratamiento médico y sobre el impacto que tuvo en su proyecto de vida y en sus procesos de maternar. También de manera descriptiva se menciona las condiciones particulares que atravesaba al enterarse del diagnóstico, por ejemplo si ya era madre, si vivía sola, la edad que tenía, con quiénes vivían, si fue a partir de un evento particular, si estaba casada, etc.; así como la percepción de sus emociones, vivencias y experiencias luego del diagnóstico y también si ocurrieron cambios en su vida a partir de este, ya sea en sus relaciones sociales, la forma en que maternan, su rutina, las narrativas sobre la salud mental, intentos de suicidio, etc. Por último, se consideró las condiciones económicas y sociales para recibir el tratamiento del trastorno afectivo y su maternidad, en qué nivel las condiciones materiales ayudan o perjudican su bienestar.

### **3.1.2. Especificación de las fuentes**

Debido a que la investigación tiene un carácter interseccional, el objetivo fue tener un grupo de investigación que presente características diversas respecto a la edad, el estado socioeconómico, el número y la edad de hijos, la ocupación, estado civil, lugar de

residencia; también se consideró necesario que tengan -o hayan tenido- un diagnóstico sobre algún trastorno afectivo.

El corpus total de la investigación fue de 06 mujeres, entre el rango de 29 y 52 años. El trastorno afectivo del que presentan diagnóstico es la depresión, sin embargo, se puede intuir síntomas de otros trastornos relacionados, como la ansiedad y el estrés. También, una característica predominante es que son madres que ejercen o han ejercido la maternidad sin la presencia del padre de sus hijos e hijas. Finalmente, todas viven en la ciudad de Arequipa, pero en diversos distritos: Miraflores, Sachaca, y Cerro Colorado. A continuación, presento la lista de mujeres que fueron parte de la investigación precisando sus datos:

	Nombre	Edad	Diagnóstico	Hijos		Ocupación	Estrato social	Estado civil
				Nº	Edad			
1.	Erika	52 años	depresión	2	29 y 28 años	Ama de casa	media	casada
2.	Adriana	29 años	depresión	2	8 - 7 años	Arquitecta	media	soltera
3.	Chela	52 años	depresión (artritis)	1	22 años	Peluquera	media baja	soltera
4.	Viviana*	38 años	depresión	2	3 - 16 años	Ama de casa	media baja	conviviente
5.	Desiré*	33 años	depresión	1	10 años	Psicóloga	media	soltera
6.	Paola*	50 años	depresión	4	33 - 30 (gemelas) - 16 años	Ama de casa y negociante	media	soltera

\* Se utilizaron seudónimos para proteger la identidad de las mujeres, a pedido de ellas mismas.

La lista inicial estaba conformada por 09 mujeres en total, pero 03 de ellas desistieron al momento de iniciar la investigación. Sin embargo, la investigación no resultó afectada porque el corpus de seis personas fue óptimo también para la investigación, ya que mi objetivo fue crear un vínculo con las mujeres que me permitiera ahondar en su intimidad. Me parece importante en cuanto a la metodología mencionar este detalle, porque iniciar el trabajo de campo puede presentar contingencias teóricas, climáticas, logísticas y del grupo humano considerado inicialmente. Aun así, el trabajo puede continuar si logramos

atravesar esas posibles eventualidades, que deben ser consideradas al momento de plantear los ejes del inicio del trabajo de campo para reducir la incertidumbre, que, sin duda, también es parte de este proceso. Respecto al equipo de trabajo presentado en el cuadro anterior; se seleccionó a Erika, Chela y Adriana, con quienes las visitas fueron más recurrentes y la profundidad de las entrevistas fue mayor. Los criterios de selección se basaron en el interés y disponibilidad hacia el trabajo de investigación, la apertura para registrar y visitarlas en sus actividades y espacios íntimos. Con el 1er subgrupo se aplicaron entrevistas a profundidad durante 13 semanas. Una cita semanal con cada una, con una duración entre 01 y 03 horas. Desde la primera visita se tuvo un registro sonoro de las entrevistas y a partir de la 4ta visita, se empezó a filmar para poder introducir la cámara en los procesos de comunicación, ya que posteriormente dos de ellas participaron en el proyecto visual que acompañará esta investigación. En el caso de Graciela y Erika, las visitas fueron en su casa, la mayoría de las veces. Por su lado con Adriana los encuentros fueron generalmente en un café o en su carro. El acercamiento inicial fue determinante para la apertura de las tres primeras mujeres, se estableció un diálogo horizontal y empático, en diferentes momentos de las entrevistas se procuró compartir experiencias que podrían ser similares a las de las entrevistadas, esto generó un vínculo de confianza y complicidad entre nosotras.

Con el 2do subgrupo se desarrollaron entrevistas no estructuradas, 06 encuentros con cada una, con una duración de entre 01 y 02 horas. En el caso de Viviana las visitas fueron en su casa la mayoría de veces. Por el lado de Desiré y Paola, las citas eran generalmente en su lugar de trabajo. Los nombres usados en este apartado son seudónimos, puesto que ellas estuvieron de acuerdo en compartir sus experiencias, pero no quisieron exponer sus nombres reales.

### **3.1.3. Técnicas de recojo de información**

La primera técnica considerada fue la **observación participante**, mientras acompañaba a las mujeres en sus rutinas y actividades cotidianas. Por ejemplo, en los puestos de trabajo en el caso de Paola (50) y Chela (52) mientras vendían comida o cortaban cabello, respectivamente; o durante los paseos de la hija de Adriana (29). Considero que haber observado sus dinámicas y sus relaciones sociales, mientras formábamos el vínculo previo a la introducción de la cámara, permitió afianzar la confianza entre nosotras.

Continuamos con las entrevistas que inicialmente eran de actividades cotidianas o sobre cómo se habían sentido durante la semana, posteriormente este acercamiento facilitó profundizar en los temas de su maternidad, su estado emocional, las relaciones con su familia, etc. Escuchar las entrevistas luego de realizarlas, me ayudó a identificar sobre qué tópicos conversaríamos las próximas semanas y que repreguntas podría plantear sobre lo ya conversado, en el caso que fuera necesario. Para el registro visual, se destinaron las últimas tres semanas del trabajo de campo y se conformó un equipo de dos mujeres adicionales -cámara y producción-, para elaborar el producto visual que complementa la investigación. Como lo señala Ardevol “para entender las distintas tendencias en el análisis del cine etnográfico se distinguen cuatro formas de acercarse al cine desde la antropología: como instrumentos metodológicos, como medio de comunicación, como modo de representación y como objeto de estudio”. (2006, p. 54). Por lo que la cámara es el medio para representar toda la información del tema investigado.

Inicialmente fue necesario tener un registro general y ordenado de las participantes, por lo que se consideraron los siguientes criterios en los primeros encuentros con el grupo de mujeres:

Nombre
Edad
Estado civil
Ocupación
Distrito
Número de hijos (señalar sexo y edad)
¿Con quienes comparte vivienda?

Para las **entrevistas**, se definió una guía de preguntas abiertas para responder a lo propuesto en los bloques temáticos. En primer lugar, se abordó la maternidad, la decisión y circunstancias de serlo y posteriormente cuando se logró una relación más afianzada entre nosotras, se buscó ahondar en el tema de los trastornos afectivos, aunque durante las conversaciones hubo atisbos de este. Elegí este orden, porque sentí que inicialmente

surgía cierto interés de desapegarse respecto a las variables de salud mental. Para esta técnica fue necesario definir espacios seguros para las entrevistadas y en los que se tenga cierto grado de control, así como el uso de fotografías y materiales de archivo fueron importantes para apelar a sus memorias y pasado; finalmente se empleó recursos como la escritura. Se propuso el envío de **correspondencia anónima** entre Erika y Chela, quienes a través de las cartas podían conocerse sin necesidad de revelar su identidad. En las visitas semanales yo les llevaba las cartas y ellas las leían en voz alta, a partir de ello se pudo detonar ciertos temas de manera natural, entrelazando sus experiencias.

### Guía de entrevista abierta:

1.	¿Qué es lo que más te gusta de tus días? ¿Tienes alguna actividad especial? ¿Te gusta pasar mucho tiempo con tus hijos? ¿Qué cosas haces fuera de tu casa?, ¿sales mucho?
2.	¿Cuándo eras chica cómo te imaginabas? ¿Pensabas en ser mamá? *figuras maternas ¿Sentías que tendrías alguna dificultad? ¿Cómo fue tu embarazo?
3.	¿Ser mamá te cambió en algo? En caso de tener dos o más hijos, ¿Cómo te fue con el segundo? ¿Qué sientes cuando ves a tus hijos? ¿Crees que eres una buena mamá? ¿Alguna vez te has sentido criticada por cómo crías a tus hijos? ¿Hace diez años te imaginabas aquí, así?
4.	¿Qué piensas de (trastorno mental)? ¿Te sentías culpable por cómo te sentías? ¿Tu familia qué pensaba al respecto?
5.	¿Cómo decidiste ir con el médico? ¿Qué te dijo tu familia? ¿Crees que cambió algo a partir de ese momento?

## Matriz operacional

Temas	Subtemas	Técnicas	Instrumentos	Herramientas
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Condiciones y experiencias de la infancia, adolescencia y adultez</li> <li>- Principales relaciones sociales que definieron su personalidad y proyecto de vida</li> <li>- Experiencias iniciales de la maternidad</li> </ul>			
Maternidad	<p><b><i>Antes de la maternidad</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expectativa del proyecto de vida</li> <li>- Expectativas de la maternidad (deseada o no)</li> <li>- Condiciones materiales antes de ser madre (situación socioeconómica, vivienda, relaciones sexo afectivas).</li> <li>- Historia familiar respecto a las figuras maternas más cercanas o representativas</li> <li>- Situación y experiencia del proceso de gestación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observación participante</li> <li>- Entrevistas a profundidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía de observación</li> <li>- Guía de Entrevista</li> </ul>	Cámara Micrófono Papelería Cuaderno de apuntes
	<p><b><i>Después de la maternidad</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios más relevantes que trajo la maternidad (relaciones, cuerpo, tiempo, etc.)</li> <li>- El tiempo que lleva siendo madre y la experiencia de materner más de un hijo, ya sea el caso.</li> <li>- Interpretación de su maternidad: sentimientos y emociones más usuales.</li> <li>- El impacto en el proyecto de vida y expectativas individuales.</li> <li>- Ideas sobre la capacidad para materner padeciendo trastornos afectivos (individuales y del entorno)</li> <li>- Acciones que usan las mujeres para tener una maternidad hegemónica o evitar ser señaladas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foto elicitación</li> <li>- Correspondencia anónima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estructura de dinámica</li> <li>- Cartas</li> </ul>	

Trastorno afectivo	<p><b><i>Antes del diagnóstico</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situación de sus relaciones sociales.</li> <li>- Ideas acerca de la salud mental (propio y entorno)</li> <li>- Historia médica familiar (trastorno afectivo)</li> <li>- Impacto del trastorno afectivo en su vida antes de ser diagnosticada.</li> </ul>			
	<p><b><i>Después del diagnóstico</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Situación de su vida al momento del diagnóstico (era madre, estaba trabajando, donde estaba, con quién vivía, etc.)</li> <li>- Percepción sobre sus emociones, experiencias y vivencias al ser diagnosticada.</li> <li>- Cambios relevantes en su vida al conocer su diagnóstico.</li> <li>- Situación de las relaciones sociales: cambio, soporte, señalamiento, etc. Ideas predominantes en el entorno social acerca de la salud mental (estigma o concientización)</li> <li>- Condiciones económicas y sociales para recibir los tratamientos necesarios.</li> </ul>			

## 3.2 Presentación de informantes

### 3.2.1. ¿Quiénes son?

En este capítulo conoceremos las historias de vida de Erika, Chela y Adriana. Cada una de ellas presenta detalles que evidencian la confluencia de diversos factores que, como consecuencia, individualizan cada una de sus experiencias de maternidad atravesadas por la depresión. Con el siguiente grupo compuesto por Desiré, Viviana y Paola, se conocerán determinadas experiencias que refuerzan hallazgos de las historias previas. Un objetivo adicional de este capítulo es tener un contexto para los futuros datos presentados.

### 3.2.2. Erika



**Imagen 1.-** Erika, sostiene una fotografía, ubicada en la sala de su hogar, junto a sus hijos pequeños.  
(Imagen utilizada con su autorización)

Fuente: Registro propio durante el trabajo de campo

Al momento de iniciar la investigación, Erika tenía 53 años, está casada desde hace treinta y como consecuencia de este matrimonio tiene dos hijos: Fernando (29) y Alonso (28). Vive en su casa, ubicada en una zona de clase media de la ciudad. La fachada es de color rosa y tiene un arco, la entrada está repleta de plantas y algunos ornamentos. Parece una pequeña casa de cuento. Erika, se refiere a su esposo como un cómplice y un padre

totalmente presente, que además tiene un trabajo que les permite tener un estilo de vida económicamente holgado. Su rutina consiste, básicamente, en ir al ritmo de su hijo Fernando, quién nació con parálisis cerebral. En los capítulos siguientes se ahondará en lo que implica su proceso de maternar bajo estas particulares circunstancias.

Erika creció en una familia extensa con cinco hermanos mayores, con los que tuvo una gran diferencia de edad. Por ejemplo, su hermana mayor tenía 29 años cuando ella apenas nacía. Es una de las razones por las que Erika se sintió protegida en su entorno familiar. Sin embargo, esto no significó que todas sus relaciones fueran iguales: la relación con su padre fue distante en comparación a la que tenía con su madre, que resultó ser un vínculo muy afectuoso de confianza, complicidad y acompañamiento. Erika tiene una teoría que explica por qué su padre fue distante: él tuvo 17 hermanos y por ello no aprendió, en sus palabras: "*algunas cosas*", (es el afecto a lo que se refiere), es lo que, según Erika se aprende de los padres. Por otro lado, también tuvo un vínculo muy presente con una pareja de tíos sin hijos, quienes la cuidaron durante distintas etapas de su vida; la relación se fortaleció al punto que, se refiere a ellos como "*mami y papi*" hasta la actualidad. Precisamente estos familiares cuidaron de ella siendo una recién nacida, cuando su madre sufrió un episodio de psicosis después del parto. Erika señala que convivir con sus tíos le permitió construir ciertos paradigmas en torno a las relaciones afectivas y familiares. Describe como inspirador el vínculo que observaba entre ellos, destacando el trato mutuo que compartían

A pesar de que Erika vivió en un ambiente de protección familiar y que sintió mucha atención por parte de su entorno, fue víctima de abuso sexual (tocamientos) desde los cuatro años y durante los cinco años siguientes. La violencia cesó cuando el agresor, un trabajador de la casa de su abuela, finalmente renunció y se fue. Erika, muestra tranquilidad al contarme esta experiencia, pero sí señala que su madre nunca lo supo, porque "*le habría causado una profunda tristeza*", según sus palabras. Este episodio la marcó durante la adolescencia al provocar emociones como vergüenza, culpa, desagrado e inseguridad respecto a su cuerpo que, afortunadamente en las etapas posteriores de su vida fueron superadas paulatinamente. afectivos en un entorno de respeto y bienestar. Pudo construir relaciones de pareja sanas, basadas en la comunicación y el cuidado mutuo. Durante nuestras entrevistas, se mostró segura y consciente en todo lo relacionado con su sexualidad, abordando desde sus experiencias pasadas hasta el cuidado íntimo y

sus visitas médicas. Refiere que este proceso de empoderamiento ha tenido un impacto directo en su maternidad, ya que le permitió mantener conversaciones abiertas y claras sobre el tema con su hijo Alonso.

En cuanto a las condiciones materiales en las que vivió su infancia y adolescencia, señala que en su hogar no faltó lo básico, sin embargo, fueron muchas personas las que conformaban su familia por lo que pagar determinados gastos requería un mayor esfuerzo de sus padres. Erika comenta haber percibido esta situación con más frustración, sobre todo durante su infancia. Quizá por ello cuando le señalo su condición económica actual, le surgen reflexiones respecto a sus privilegios actuales y cómo estos influyen en su bienestar y su vida en general. En cuanto a las relaciones sociales y familiares de Erika han cambiado con el paso del tiempo. Por ejemplo, actualmente la relación con su familia primaria es distante: sus padres murieron hace muchos años y con sus hermanos no mantiene una comunicación cercana. Por el contrario, la relación con la familia de su esposo es sumamente estrecha, constantemente se hacen llamadas, visitas, comparten actividades en días festivos y cumpleaños.

Para Erika, enterarse sobre el diagnóstico de su hijo Fernando, fue un episodio determinante para su salud mental, pues cayó en depresión y consideró el suicidio. Sin embargo, ese episodio ha sido superado, actualmente se encuentra estable y sin tratamiento vigente. Parte fundamental del bienestar mental de Erika, son sus amigas del colegio, con quienes realiza viajes anuales, juegan al pandero y se reúnen frecuentemente. Erika se siente acompañada y sostenida cuando tiene dificultades, pero también porque le permite distraerse y tener actividades personales, fuera de su rol de madre.

Finalmente, en cuanto a su personalidad, considero importante destacar que su sentido del humor constituye un recurso poderoso —como he podido observar— para abordar temas que podrían resultar difíciles de expresar, por ejemplo, respecto a lo que no le gusta mucho de su cuerpo, a la monotonía de sus rutinas, a las complejidades en las relaciones con su esposo o hijos; Considero que puede funcionar como un mecanismo de resistencia y, al mismo tiempo, como una vía para otorgarle ligereza a las experiencias que atraviesa en el día a día.

### 3.2.3. Chela



**Imagen 2** Chela trabajando en su peluquería

(Imagen utilizada con su autorización)

Fuente: Registro propio durante el trabajo de campo

Chela tenía 52 años en el momento que decidimos iniciar nuestras conversaciones. Vive en casa de sus padres ubicada en un distrito de clase trabajadora de la ciudad; pero tiene un espacio independiente para ella, su hijo Aimar de 23 años y Pipo, su perro. Y precisamente, hace 23 años fue diagnosticada con artritis reumatoidea, una enfermedad autoinmune que provoca la inflamación de sus articulaciones, son sus manos las que evidencian el avance de la enfermedad, mientras que su rodilla derecha se encuentra inmovilizada. Chela, asocia su estado emocional a la enfermedad física que tiene, pues la primera etapa de su enfermedad fue sumamente retadora porque adicionalmente atravesaba un cuadro depresivo.

En su familia primaria, ella es la segunda de seis hijos, aunque no es la mayor de todos: es la mayor de las hijas mujeres por lo que tuvo mayor carga respecto a las tareas domésticas. Chela me indica que esta fue una de las razones por la que gran parte de su crianza fue basada en el miedo y los golpes; por eso, tenía la convicción que necesitaba “*ser alguien*”, según sus palabras y así poder salir de ese ciclo de violencia. Desde niña quiso ser policía, soñaba con ser una heroína, pero nunca lo dijo porque su papá se negaba al hecho de que ella estudie argumentando que no tenían dinero. aunque aquella respuesta no la dejaba satisfecha, pues su padre trabajaba en construcción civil y, desde su

perspectiva, contaba con los recursos para apoyarla; simplemente no había voluntad de hacerlo.

**Chela:** *“Yo por eso siempre he querido ser otra cosa, ser algo, pero tu verás que todo es el factor dinero en ese tiempo, si no tienes plata no hacías nada, esa es la verdad, ni para que postules, ni para que estudies, nada. ‘no, no, no’, siempre era ‘no tengo’, esa era la respuesta de mi padre”.*

Para Chela, el camino para “*ser alguien*” era la educación, pero durante su juventud no sintió el soporte de sus padres. Me refiere que para ellos el hecho de que termine el colegio fue suficiente, a diferencia de su hermano, quien, por ser el mayor y hombre, tuvo la oportunidad de estudiar con el apoyo de sus padres. Es una de las razones por las que, desde la adolescencia, Chela comenzó a trabajar junto a su madre y así al terminar el colegio, poder ahorrar y estudiar peluquería. La convicción respecto a su proyecto de vida, convivía con un desconocimiento respecto a la sexualidad; por ejemplo, Chela creía que con un beso podía quedar embarazada. Esto repercutió en sus relaciones sexuales. A los 20 años tuvo por primera vez un enamorado, al que tuvo que mantener en secreto porque su madre y su hermano mayor la golpeaban. Mantuvo esta relación en esas condiciones por dos años, durante el 3er año él se fue a estudiar y mantenían el contacto a través de cartas. Nunca llegaron a tener relaciones sexuales y ella cree que ese fue uno de los motivos por los que él decide terminar la relación sin siquiera conversarlo previamente. Aun así, me dice que fue la única vez que se enamoró. A partir de esta primera ruptura, me cuenta que decidió salir un poco más a discotecas y video pubs, además ya trabajaba en su propio salón de belleza, que quedaba por el centro de la ciudad, entonces, tenía mayor independencia. Me dice que por entonces ya se había “*avisado*”. Tiempo después conoció al hombre que sería el padre de su único hijo. Ella relata que, aunque no llegó a enamorarse de él, percibía que podría ser un buen compañero, ya que compartían una ética de trabajo similar. En ese contexto, la idea de formar una familia y desarrollarse personal y profesionalmente junto a él se presentaba como una posibilidad viable. Lamentablemente, él nunca asumió un compromiso pleno en la relación, lo que constituyó una de las razones por las que nunca llegaron a convivir. Chela, además, se sentía invadida por su presencia y profundamente incómoda ante las actitudes celosas que él manifestaba. Cuando nace su hijo, Chela es quién asume todo lo que implicó su crianza. En cuanto a la presencia del padre, esta ha sido intermitente tanto emocional

como económicamente. Actualmente, él ha tratado de acercarse a su hijo, sin embargo, existe rechazo y distancia. Chela me dice que esto puede responder a que él nunca estuvo presente, mientras que la relación que ella tiene con su hijo Aimar es sumamente cercana, de confianza y compañía. De su proceso de maternar daré más detalles en los capítulos posteriores. Después de esta relación de pareja, no tuvo otra. Me dice que está dispuesta a aceptar citas, pero no busca ir más allá, porque prioriza su rol como madre.

Finalmente, respecto a su personalidad, me cuenta que de niña era “*calincha*”, bailarina y con gran afición a los deportes. Mientras fue creciendo esto pudo verse avasallado por la violencia en su casa, pero al ser independiente resurgieron estas preferencias y cualidades. Durante las semanas en que la acompañé, era frecuente que alguien pasara frente a su salón de belleza y la saludara, lo cual corroboraba su afirmación sobre su carácter sociable y la cantidad de vínculos que mantiene en su entorno. Aunque ya no puede practicar los deportes que durante su juventud hacía, sigue yendo a las canchas deportivas y se sigue involucrando en la organización de los campeonatos del barrio. Además, su enfermedad no ha limitado totalmente sus actividades, aunque necesita el apoyo de un bastón para caminar rutas largas, ella se moviliza en transporte público (colectivos), le gusta ir a ver a los cómicos ambulantes y salir a algunas fiestas. Por último, es una mujer emprendedora que se mantiene trabajando en el rubro de la peluquería, vende productos por catálogo y decidió iniciar la venta de chocolate para taza. Además, en la penúltima elección de alcaldes y gobernadores, ella tuvo un papel activo de militancia en un partido político de su distrito, llegando a ser regidora accesitaria.

#### **3.2.4. Adriana**

En el 2023 que iniciaron las conversaciones con, Adriana tenía 29 años y dos hijos. La primera es Ariadne de 08 años y Adriano que ese año cumpliría 07, sin embargo, el segundo proceso de gestación se vio interrumpido a los seis meses debido al alto riesgo del embarazo. Adriano lamentablemente nació muerto. Acerca de este momento en la vida de Adriana, profundizaré en los capítulos posteriores que pueden explicar con mayor precisión su proceso de maternar y su estado de salud mental, que se vio resquebrajada

por esta y otras circunstancias. Al momento de las entrevistas, vive con Ariadne y su madre en un departamento que alquilan juntas.

En relación con su familia de origen, Adriana es hija única y sus padres se divorciaron cuando ella tenía apenas cuatro años. Recuerda ese periodo como una etapa dolorosa, debido al fuerte vínculo afectivo que mantenía con su padre. Antes de la separación, su madre asumió el rol de principal proveedora del hogar, mientras que su padre se encargaba de las tareas domésticas y de su cuidado cotidiano: la bañaba, veían televisión juntos y la ayudaba con las tareas escolares, entre otras actividades que consolidaron su cercanía.

**Adriana:** *“Yo creo que mi papá tenía toda la paciencia para estar conmigo y ser tan amoroso porque no tenía que pensar en el dinero para la casa.”*

Adriana considera a su padre una persona bondadosa y afectuosa, a pesar de que presentaba problemas con el consumo de alcohol, lo cual fue uno de los motivos que propició la separación de sus padres. Tras el divorcio, ella permaneció viviendo con su madre; sin embargo, la cercanía con su padre no se vio afectada. Por el contrario, a raíz de un accidente que él sufrió —y que dejó secuelas importantes en su salud—, Adriana, con apenas quince años, decidió empezar a trabajar para poder brindarle un apoyo económico. Desde entonces, desarrolló un fuerte sentido de responsabilidad hacia él.

Por otro lado, su madre inició una nueva relación de pareja cuando Adriana tenía cinco años, y ella mantuvo una relación cordial con su padrastro. En general, su vida familiar transitó entre algunos conflictos tanto con la familia paterna como materna, aunque estos no deterioraron significativamente sus vínculos con sus padres.

En cuanto a su condición económica durante la niñez y adolescencia, Adriana no atravesó mayores dificultades materiales, ya que su madre contaba con una situación económica holgada, al igual que su familia materna. Esto le permitió satisfacer sus necesidades sin restricciones. Un ejemplo de ello es que contó con servicio de movilidad particular incluso durante sus años universitarios; de hecho, me señala que no sabía utilizar el transporte público. A los 18 años, Adriana conoció a quien más adelante se convertiría en el padre de sus hijos. Tras un periodo de noviazgo, ambos decidieron iniciar un

tratamiento médico para lograr la concepción, ya que presentaban dificultades de fertilidad. Esta decisión estuvo motivada por el profundo deseo compartido de convertirse en padres. No obstante, a raíz de conflictos con la madre de su pareja, él comenzó a manifestar comportamientos agresivos que incluyeron episodios de violencia física, además de constantes infidelidades. La ruptura de esta relación fue un proceso difícil para Adriana, particularmente porque, incluso tras el nacimiento de su primera hija, ambos decidieron someterse a un segundo tratamiento de fertilidad con el propósito de tener otro hijo.

Años después de la ruptura definitiva de esa relación, tuvo la oportunidad de conocer a otra persona. Si bien la relación no fue duradera, representó un vínculo significativo en su desarrollo personal y profesional. Adriana señala que esta pareja le enseñó sobre el diseño de páginas web y aplicaciones, y que también le brindó apoyo económico en un periodo de dificultad económica. Ella tenía otras expectativas respecto a esa relación, como casarse y formar una familia, sin embargo, él no tenía el mismo nivel de compromiso y aunque fue muy cercano a su hija (quién lo llama ‘papá’ hasta la actualidad), terminaron la relación. Adriana mantiene muy presente el deseo de conformar una familia y volver a ser madre; sin embargo, este anhelo se ve tensionado por el agotamiento físico y emocional que experimenta en su vida cotidiana.

**Adriana:** *"lo que no quiero es quedarme sola, porque yo sé que mi hija va a crecer y al igual que yo, va a hacer su vida y se va a ir. No pretendo quedarme sola, quiero envejecer con alguien, quiero estar durmiendo con alguien."*

Actualmente, Adriana mantiene comunicación con el padre de su hija, quien, si bien no asume responsabilidades económicas, sostiene con ella una relación cordial, principalmente por el bienestar de la niña. Para cubrir los gastos del hogar, Adriana tiene dos trabajos y asume, casi en su totalidad, las tareas de cuidado de su hija: recogerla, llevarla a sus talleres, cocinarle, bañarla, entre otras. Ella me dice sentirse agotada en todos los niveles y, además, experimenta frustración por la percepción de no cumplir con el ideal de ser una “buena mamá”.

En cuanto a su personalidad, no es tan demostrativa, es un “*poco dura*” según sus propias palabras. Durante muchas de nuestras conversaciones, ha llorado muy poco a pesar de haberme contado situaciones muy dolorosas para ella, pero también siempre se ha

mostrado amable y receptiva a nuestras conversaciones. Me cuenta que suele sobre pensar en algunas situaciones, se preocupa por el bienestar de las personas de su entorno cercano; uno de sus pensamientos más frecuentes es: “*siento que sin mí las cosas no podrían salir del todo bien*”. También es un poco nerviosa respecto al cuidado de su hija, tiene la sensación de desesperación cuando se encuentran en un espacio público y no puede observarla en todo momento.

### **3.2.5. Testimonios confidenciales**

Por motivos éticos y con el fin de proteger la privacidad de las siguientes mujeres, sus nombres han sido alterados. En esta investigación se utilizarán testimonios bajo identidad ficticia, asignados mediante seudónimos.

Paola perdió a su madre en un accidente de tránsito cuando apenas tenía 5 años. Su padre tuvo otras relaciones después de esta pérdida. Al contarme este episodio, cree que quizá él necesitaba a alguien para que lo ayudara con la crianza de sus hijos. Recuerda que su padre tenía una personalidad seria y distante, por lo que hablar con él provocaba algo de temor, sobre todo cuando era pequeña.

Desde muy joven tuvo que trabajar para mantenerse, porque vivió en una situación de precariedad. Recuerda sus jornadas como peona en la chacra, vendiendo fruta en la calle o plantas en el mercado San Camilo. A los 15 años conoció a quien es el padre de sus primeras hijas gemelas y su tercer hijo. Él tenía 22 años. Fue una relación en donde estuvo expuesta a la violencia física y psicológica. Paola me dice que por ello siente que nunca se enamoró del papá de sus hijos, describe sus sentimientos, más bien, como un capricho. Me refiere que tuvo que soportar esta situación porque luego sería difícil conseguir un papá para sus tres hijos y además que pudiera apoyarla económicamente. Respecto a su familia primaria, me dice que no quería preocupar a su papá, por ello nunca le pidió ayuda cuando atravesaba esta situación, ella entendía en ese momento que esa era su responsabilidad y debía asumirla. En el 2010, logró separarse de su primera pareja, pero antes llegó a tener un 4to hijo más. Me reafirma que no mantiene ni siquiera un vínculo de amistad con él. Además, porque desde hace años tiene otra relación que, según Paola, tampoco es tan buena como quisiera.

**Paola:** *“Es algo que no me interesa (la relación que tuvo con el padre de sus hijos), ya pasó y ojalá nunca hubiera pasado. Bonitos recuerdos no tengo, todo ha sido sin pensar, como un corderito he caminado yo”.*

Respecto a su maternidad me dice que no es una madre muy cariñosa o demostrativa, ella piensa que es porque su mamá murió cuando era muy niña, entonces no pudo *“aprender cómo ser mamá”*. Me cuenta que a los 18 años se embarazó por primera vez, no recuerda esa experiencia con mucha claridad, solo que sintió una sensación de pesadez durante la gestación y nacimiento de sus hijas al ser gemelas.

**Paola:** *“Cuando les daba teta yo me confundía a veces, le daba a una y de nuevo le volvía a dar a la misma -se ríe- pero la verdad no sé cómo las he criado”.*

Debido a los problemas con su pareja, tuvo que trabajar para mantener a sus hijos cuando aún eran muy pequeños. Reflexiona sobre esto desde su presente y me dice que es muy pesado criar a un hijo y a la vez trabajar para mantenerlo. Recuerda que como madre fue muy firme en cuanto a la educación de sus tres primeros hijos, tampoco le gustaba que salieran a fiestas o tuvieran *“malas juntas”* como señala ella. Además, buscó protegerlos, aunque ella tuviera que salir a trabajar fuera de casa. En la actualidad, sus dos hijas mayores se han independizado, pero se mantienen solteras; mientras que su tercer hijo, ya es padre. Actualmente, Paola vive con el menor de sus hijos, quién tiene ya 16 años. Desde hace 22 años y hasta ahora, trabaja vendiendo salchipollo y caldo de gallina, lo que le ha permitido tener autonomía económica, es dueña de una pequeña casa ubicada en un distrito de clase trabajadora.

Mientras duraron nuestras conversaciones, ella tenía una pierna enyesada por lo que tenía que quedarse en casa o trabajar con algunas limitaciones para moverse. Respecto a esta situación, Paola me dice que prefiere salir a trabajar que quedarse en su casa, para ella es más difícil ser mamá. Sus roles en su maternidad estuvieron fuera del espacio doméstico, porque tenía que trabajar para mantener a sus hijos. Por lo que no tiene relaciones cercanas o de amistad con sus vecinos, a causa de esa situación. Ha transcurrido un tiempo largo desde que tuvo que mantener y maternar a su tres primeros hijos y ahora, es casi la misma situación con su último hijo, la diferencia radica en que actualmente tiene mayor estabilidad y seguridad en su negocio, tiene su casa propia; pero aún resalta que

le resulta pesado atender a su hijo y trabajar, a pesar de ello, siente que no puede no hacerlo y tiene que seguir adelante. Aunque claro, su personalidad ha ido cambiando con el paso del tiempo, siente que ha aguantado muchas cosas en el pasado y que ahora ya no espera mucho para tomar acciones si es que alguien/algo la molesta o lastima.

Por su parte **Desiré** describe su infancia con una palabra: felicidad. La relación con sus padres fue distinta con cada uno, mientras con su padre fue muy estrecha y sentía que podía hablar de su intimidad sin ser cuestionada; por otro lado, sobre todo en la adolescencia la relación con su madre pasó por varios altibajos, una de las razones era que no se sentía escuchada. Sin embargo, al pasar del tiempo se fue creando una brecha que la distanció de su papá a pesar de que físicamente permaneció a su lado, incluso después del divorcio con su madre. Aunque también recuerda que, junto a su crecimiento, también fue cuestionando la distribución de tareas en su casa: “¿por qué mi papá miraba la televisión, mientras mi mamá y yo estábamos arreglando y cocinando en la casa?”. Desiré decidió estudiar psicología, por lo que me atrevo a preguntarle si siente que su mamá padeció o padece un trastorno afectivo, ella refiere a que quizá tiene trastorno de límite de personalidad TLP, pero esto solo es una suposición porque no ha sido diagnosticada oficialmente por un especialista; para Desiré su mamá vive sus emociones al límite y cree que es uno de los motivos por los que no tuvieron una buena relación, sentía una profunda inseguridad emocional.

**Desiré:** “Si bien ha habido momentos, no siento que haya sido tan significativo, porque no tengo tantos recuerdos de decir ‘eso me pasó con mi mamá que bonito’, sobre todo de que me escuchara o conversemos [...]. La forma de validarse de mi mamá es que la validen otros cuando la necesitan; cuando ella no se siente necesitada por alguien, siente que no la quieren, que no la valoran. Cuando encuentra a alguien inofensivo, que la necesita, incluso que depende de ella, mi mamá se siente válida.”

Ya en su adultez, en algún momento, su madre se disculpó por el comportamiento que tenía con ella. Al convertirse en madre, ella siente que fue un camino hacia la comprensión de ciertas acciones de su madre, pero este sentimiento convive con la culpa, al sentir que precisamente por cuidarla, su madre no pudo desarrollarse a plenitud como tener una carrera, ejercerla y así tener independencia económica. Además de sus padres,

la relación con su única hermana también es compleja: ella es diagnosticada con TLP y su condición tuvo mayor validez ante su familia que la depresión de Desiré. La figura materna surge nuevamente, porque también existe la comparación entre las personalidades de las hermanas. Desiré piensa que a su mamá le incomoda que no sea como ella, por el contrario, le gusta salir a fiestas, bailar y divertirse; en cambio su hermana es más introvertida, “tranquila”, según Desiré y por eso siente que su madre la prefiere. Ahora con más de 30 años, reflexiona y concluye en que le hubiese gustado tener una relación de mayor comunicación y confianza con su mamá. Considera que ella es una referente de su maternidad, consciente o inconscientemente.

**Desiré:** *“Siempre vamos a aprender de nuestra mamá como ser mamás o por lo menos nos va a dejar un aprendizaje o modelo a replicar.”*

Desiré siente que, más allá de ser mamá, es una persona que cumple distintos roles. Sobre su hijo de 10 años, refuerza la idea de que siempre estará ahí para él, para evitar las inseguridades que ella experimentó. Por otro lado, se compara con su mamá en cuanto a las tareas domésticas, tiene una sensación de ambivalencia porque hace menos de lo que hacía su madre en la casa, pero sabe que no está mal, no quiere enfermarse haciendo todo lo que ‘debería hacer’. Me cuenta que siempre quiso ser mamá, incluso es algo que consideró en su primera relación de pareja a los 14 años. Se convirtió en madre a los 23 y actualmente cree que existe una obligación como madre para que su hijo esté bien, porque desde que era menor ya tenía interiorizado el cuidado hacia los otros, cuidar de su papá y su hermana.

**Desiré:** *“Tenía mucho más interiorizado el hecho de tener que maternar a la gente, de cuidarla, no de una manera consciente sino como que era mi obligación por ser la hermana mayor o la hija; hacer cosas por mi papá o por mi hermana. Entonces si era mi hijo con mucha más razón tengo que cuidarlo, tengo que atenderlo, tengo que estar con él; entonces que me queda, así me esté muriendo, tengo que hacerlo.”*

Cuando hablamos de su trastorno afectivo, me cuenta que siente que tenía depresión desde niña, un pensamiento recurrente era: “¿por qué no me muero? Ya durante la adolescencia refiere que tuvo problemas de apego y al sentir la distancia de su padre,

pensaba que nadie la podía escuchar. En cuanto a las creencias del entorno social respecto a la salud mental, me cuenta que para su papá la depresión es una enfermedad que no existe, porque no existen motivos para ello. Para su madre la depresión no existe o que, en todo caso, esta se resuelve rezando y estando con Dios. Por su formación profesional Desiré sabe que no está de acuerdo con ello, pero se siente sola porque nunca ha tenido una relación muy buena con su familia respecto a sus emociones.

**Desiré:** *“Cuando era adolescente siempre esperaba que la psicóloga llegué y me llame para ir al consultorio, porque quería hablar con alguien”*

Actualmente el sentimiento de culpa está presente, pero la terapia le ha ayudado a que sea más tolerable. Para ella, la depresión siempre está ahí a su lado y que en ocasiones es más fuerte y en otras, es más leve. Cuando le pregunto por qué tiene ese trastorno, me dice que posiblemente viene por herencia genética y por la crianza que tuvo.

**Desiré:** *“(La depresión) es como un monstruo, como una sombra grande y cuando viene es como que te abraza y se queda ahí contigo y por más que le digas no quiero se queda ahí a tu lado, cuando te abraza es cuando llegan las crisis, pero hay momentos en los que solo está a tu lado y camina contigo y va a donde vayas, que es cuando estás más estable.”*

A pesar de que se sienta mal emocionalmente el ‘deber’ de cuidar permanece. Por ejemplo, si no trabaja no podría pagar las deudas y no tendría cómo mantener a su hijo, por eso sigue haciéndolo a pesar de que tenga temporadas en que el trabajo resulta mucho más complicado por la depresión. Además, que no tiene apoyo económico por parte del padre de su hijo, lo que incrementa la sensación de responsabilidad.

**Desiré:** *“Si siento que soy una buena mamá porque por lo menos lo intento, porque me esfuerzo en ver su bienestar, no solo de que coma bien y estudie. Sino de que cosas puedo yo mejorar en mí y que vayan a impactar en él, porque la depresión es algo que no me deja ejercer mi maternidad de una manera más cómoda o más feliz. A veces no puedo ni conectar con esa depresión, me muero y todo, pero tengo que seguir, porque así era la vida, porque hay momentos que no tienes tiempo ni para conectar con esa depresión y decir ‘ay tengo depresión,*

*ay me siento mal por esto', porque no importa, lo que tengo que hacer es pararme y hacer esto o lo otro."*

Respecto al acceso a la terapia y medicación, ella me refiere que ha sido complicado, porque a veces no le alcanza el dinero. Suele priorizar a su familia, a su hijo, a sus perros o la casa. Desiré es la única psicóloga del grupo, quizá es uno de los motivos por los que reflexiona más sobre su depresión. También existe un reconocimiento explícito de la condición. Además, es la única que se enuncia como feminista, por lo que me cuenta que este proceso ha sido más ligero con todo lo que ha ido aprendiendo del movimiento.

**Desiré:** *"Más allá de ponerme como solamente ser mamá o lo principal, soy una persona y que dentro de eso hay diferentes aspectos, pero lo principal es que yo soy una persona que tiene su propia individualidad, sus propias características."*

Y finalmente, Viviana, en nuestras primeras conversaciones empezamos hablando de que durante la adolescencia le gustaba mucho Britney Spears, recuerda que era una chica alegre, con muchos amigos, algo rebelde y le costaba cumplir con las tareas del colegio. Su hogar era un poco caótico, su padre la había abandonado junto a su madre y a sus hermanos. Pero tenía un padrastro, que durante mucho tiempo creyó que era su padre biológico. Cuando se enteró de la verdad, recuerda que le dolió mucho. Viviana dejó su casa familiar muy joven, a los 15 años. Por entonces su madre atravesaba un problema de depresión grave y ella se sentía atrapada en un hogar disfuncional y problemático. La vida fuera de casa fue difícil para ella, prefiere no darme muchos detalles, pero me recalca que fue difícil. A los 19 conoció a Juan, el hombre con el que decidió convivir y tener una relación formal. Él era muy violento.

**Viviana:** *"me masacraba, me golpeaba en la calle, en su casa, incluso estando embarazada"*.

A los 23 años, Viviana se embarazó de su primer hijo, fue una etapa complicada porque su pareja de entonces la seguía violentando y la botó de la casa en la que vivían. Ella tuvo que regresar a la casa de su madre. Aunque siente que su mamá no la apoyó como

esperaba, se sentía sola y desprotegida, a pesar de tener seguridad material, sentía incomprendida.

Para Viviana, terminar la relación con Juan era un reto en el que muchas veces sintió que fallaba, por ello durante años, volvían y se separaban. Cuando su hijo cumple 7 años, decide dejarlo con su padre. Me dice que siente que fue una mala madre, pero no sabía qué hacer. Además, durante ese tiempo, tenía algunos problemas de alcoholismo y se sentía deprimida, para entonces ella aún no había visitado a un especialista.

**Viviana:** *“Si tú me preguntas si yo me sentía buena mamá, no, y eso me duele hasta ahora, pero no sabía qué hacer, yo amaba a mi hijito, pero no podía cuidarlo. Era joven, irresponsable, me sentía triste, mal, no podía cuidarme ni a mí misma”*

Por mucho tiempo, Viviana sintió una gran culpa por haber dejado a su hijo, además algunas personas de su entorno familiar le recordaban este episodio y la señalaban como ‘mala madre’, cree que durante este tiempo su tristeza crecía más y más. Y cuando intentaba ver a su hijo, el padre de este, la chantajeaba.

**Viviana:** *“Me decía que, si quería ver a mi hijo, me tenía que acostar con él”*

Ella se refugió en el alcohol, conoció a otras eventuales parejas. Hasta que sintió que se enamoró otra vez de un hombre. La relación no prosperó como ella esperaba porque él no quería tener una relación formal; sin embargo, seguía buscándola. Esta situación le generaba confusión porque no lo entendía, pero sus sentimientos crecían con el tiempo.

**Viviana:** *“Hasta que un día me enteré de que había embarazado a otra mujer, a mí me había hecho abortar unos meses antes y ahora iba a tener un hijo con otra mujer. Creo que no lo pensé demasiado, compré un jugo, veneno para ratas y me lo tomé”*

Viviana intentó suicidarse. No recuerda que llamó a su madre, pero lo hizo, precisamente ella fue la que la llevó al hospital y pudieron salvar su vida. Después de este episodio fue internada en un centro psiquiátrico por tres meses. Durante este tiempo, recibió el apoyo de su familia, especialmente de su mamá que la visitaba todos los días, le llevaba su ropa

y artículos de aseo. Me dice que se sintió reconfortada. Además, inició terapia psicológica y psiquiátrica.

**Viviana:** *“Mi tiempo ahí fue bonito, me hice amiga de todas las chicas, hablábamos en las noches como si estuviéramos en una pijamada. Pude conocer historias muy tristes. Las enfermeras me querían mucho y hablar con la psicóloga me hizo entender muchas cosas, me ayudó mucho estar ahí”*

Viviana salió de su internamiento con la condición de que tenía que continuar sus tratamientos, pero no lo hizo. Aunque me cuenta que, sí hubo un cambio significativo en su vida, dejó el alcohol. Poco tiempo después conoció a José, esta relación tenía dificultades porque él también era violento, tenía problemas de alcoholismo, aunque permanecieron juntos muchos años, tiempo en el que Viviana intentó embarazarse, pero por un problema de infertilidad no lo lograba, hasta que en el 2019 sucedió. Para ella, tener otro hijo era importante, sentía que de esa forma podría sanar el dolor que le hacía sentir la ausencia de su primer hijo, al que aún no podía ver.

**Viviana:** *“Yo sé que no he sido una buena mamá con mi otro hijo, pero trato de hacer las cosas mejor con ese pequeño, lo amo inmensamente, me salvó la vida, yo quiero hacer lo mejor posible”*

Actualmente Viviana, mantiene una relación relativamente cercana con su primer hijo. Además, ha retomado las terapias psicológicas en la posta médica de su distrito. La relación con su familia primaria ha reducido sus brechas y tienen cierta cercanía. A ella reconforta tener una relación cercana con su mamá.

### **3.3. Coincidencias y reflexiones en las trayectorias**

Este apartado tiene el objetivo de reflexionar en torno a las coincidencias en las trayectorias de vida de las mujeres que fueron parte de esta investigación, pero también considerar los puntos de divergencia que precisamente resaltan las particularidades de sus decisiones, actitudes y procesos.

Erika es la única casada del grupo, en nuestras conversaciones resalta la presencia de su esposo con una paternidad activa, presente; factor que ha sido importante para mantener su bienestar mental. Por otro lado, en el caso de Adriana, Chela y Desiré han llevado sus procesos de maternidad en autonomía, asumiendo la totalidad de las responsabilidades que comprende el cuidado de sus hijos; en estos casos las emociones de agotamiento, culpa y frustración son recurrentes. Finalmente, para Viviana y Paola, las relaciones con los padres de sus hijos comprendieron violencia física y psicológica lo que no solo dificultó su proceso de maternar, sino también significó el resquebrajamiento de su salud mental.

Un punto de convergencia entre las historias de Erika y Adriana es que ambas tuvieron un episodio de violencia sexual. Este hecho determinó algunos comportamientos cuando se convirtieron en madres e incluso, influyó en la decisión de serlo. Pero el impacto que tuvo fue particular en cada una. Para Adriana cuidar a su hija puede representar un acto de mucha ansiedad, me cuenta que, si salen a la calle y no la puede observar en todo momento, siente desesperación porque teme que algo malo le suceda. Adriana me cuenta que una de las razones para ser madre fue porque quería tener una hija para protegerla. Es necesario mencionar que la hija de Adriana tiene 7 años y ella tiene 29 años. Para Erika el mayor impacto que tuvo esta situación de violencia fue más visible durante su adolescencia por la inseguridad que tenía con su cuerpo, por otro lado, también siente que esta situación la hizo más consciente de los peligros a los que puede estar expuesto un niño, aún más cuando su hijo tiene la condición de parálisis cerebral lo que le impide comunicarse. Aunque Erika le presta atención a esta posibilidad, no parece ser un factor muy estresante como lo es para Adriana, es necesario considerar que sus hijos tienen 30 y 29 años y se podría decir que tiene una mayor trayectoria como madre; los procesos que ha ido atravesando y la evolución de estos repercuten en cómo viven actualmente cada una su maternidad. Además, esto también puede estar determinado porque Erika tiene un gran círculo de soporte, se siente segura cuando tiene que dejar a Fernando al cuidado de alguien más, lo que difiere con Adriana porque ella no cuenta con muchas personas que puedan apoyarla en la crianza de su hija.

En cuanto a la decisión de ser madres, todas las mujeres expresaron que en algún momento pensaron en la idea de ser madres. Sin embargo, Adriana tenía un profundo deseo de serlo y consideraba su maternidad como un determinante para su proyecto de vida, por ello decidió someterse a un tratamiento médico para quedar embarazada. Por el

contrario, para las demás mujeres fue una situación más circunstancial por la relación afectiva que tenían en ese momento.

En cuanto a las experiencias previas a la maternidad Erika, Adriana y Desiré tuvieron sus necesidades materiales cubiertas, un hogar que económicamente les proporcionaba seguridad. Sin embargo, Chela, Paola y Viviana presentaron ciertas dificultades para cubrirlas, si bien es cierto tenían las básicas como alimentación y vivienda, la educación fue una tara debido al abandono o muerte de uno de los padres, la falta de trabajo; estos fueron impedimentos para que ellas pudieran estudiar o aspirar a algún proyecto personal.

Esta situación también impactó en las relaciones que cada una tuvo con su madre. Chela y Adriana, han tenido relaciones distantes con sus madres quienes se presentaban figuras distantes o violentas. En cuanto a Desiré, ella sintió mucha falta de comprensión y una relación de constante confrontación con su madre. La madre de Paola murió cuando era una niña lo que impactó en su maternidad posterior, me dice que no aprendió cómo ser mamá. Pensamiento que comparte Erika, quién me dice que uno aprende a amar con la madre, y precisamente la relación con su madre fue de mucha complicidad y cercanía. Viviana, experimentó la desprotección de los adultos a su alrededor, por lo que probablemente se vio inmersa en relaciones de violencia. Siente que con su madre tuvo una relación de ambivalencia, al igual que su propia percepción de su maternidad que oscila entre ser buena y mala. Finalmente, la percepción que tienen de sus madres y sus maternidades ha ido cambiando con el tiempo, mientras ellas se hacían más adultas e independientes las interacciones e ideas que tenían acerca de sus madres fue cambiando.

### **3.4. Consideraciones éticas**

La comunicación fue un pilar fundamental para establecer un vínculo de cuidado y empatía con las mujeres que decidieron participar en la investigación. Desde el inicio, se les brindó información clara sobre el tema, los objetivos, el proceso y la duración del estudio, así como los espacios en los que los resultados serían compartidos. Luego de recibir esta información, cada una otorgó su consentimiento informado, con la seguridad de que podían retirarse en cualquier momento si así lo deseaban. Se enfatizó que tenían plena libertad para responder solo aquello con lo que se sintieran cómodas y que podían

decidir sobre el uso de los productos visuales vinculados a la investigación. Además, se aseguró el anonimato de aquellas que prefirieron no exponer sus nombres. Este marco ético permitió que todas confirmaran encontrarse en un momento seguro para dialogar y reflexionar sobre sus experiencias, garantizando que la participación no representara un riesgo para su bienestar emocional. En este punto, Erika y Chela también tuvieron las mismas consideraciones éticas, manteniendo el derecho a decidir qué información compartir y cómo serían representadas visualmente.

### **3.5. Producto visual**

El producto que acompaña la presente investigación es un registro audiovisual de las conversaciones con Erika y Chela, se buscó reflejar las semejanzas de sus maternidades, pero también la manera en la que sus particularidades terminan condicionando sus proyectos de vida y sus procesos de materner, en donde no se hace mención explícita de sus procesos afectivos, pero estos se involucran en sus discursos, memorias y experiencias.

Elisenda Ardévol señala lo siguiente: “la antropología visual, como área de conocimiento, explora la imagen y su lugar en la producción y transmisión de conocimiento” (2006, p.23). Considero que la imagen también puede ser un camino para acercar las investigaciones a las personas y que sean consideradas como tal. Realizar un producto audiovisual sobre la maternidad y los complejos procesos que implican las particularidades de Erika y Chela, significa impactar y sensibilizar sobre el tema a través de historias individuales y fragmentos de la vida de estas dos mujeres. El registro se hizo desde una cámara fija y una cámara en mano que acompaña al personaje, ya que “la aproximación física induce a pensar que hay un contacto más directo” (Ortega y García ed., p.35). Se han empleado también fotografías que han permitido graficar sus experiencias.

La propuesta visual de este producto pretende que el espectador pueda empatizar con las protagonistas, sin buscar sentimientos de pena o compasión desmedida, sino que puedan reconocerse en ellas a pesar de que sus experiencias no fueron exactamente iguales. Por ello, la intención estuvo en retratar a estas mujeres y sus agencias dentro de sus vidas, no reducirlas a su trastorno afectivo.

## **CAPÍTULO 4.- EXPERIENCIAS Y RELACIONES QUE DETERMINAN SUS MATERNIDADES**

Este capítulo tiene por objetivo explorar cómo los discursos, comportamientos y figuras representativas impactaron en los procesos de materner de las mujeres del grupo de estudio, ya sea antes de la maternidad y/o después de esta. Por ejemplo, sobre qué tan determinante fue la presencia o ausencia de la madre, cómo las experiencias de niñas o adolescentes fueron moldeando sus futuras decisiones y comportamientos respecto a la maternidad. Asimismo, en este apartado detallaré de manera individual, los conflictos y procesos de las maternidades de Erika, Chela y Adriana; que fue el grupo con el que compartí la mayor cantidad de tiempo y profundidad de la investigación. Explicaré las condiciones que las determinan para que cada uno de sus procesos sean distintos, incluso en las situaciones en las que se encuentran algunas coincidencias.

### **4.1 Paradigmas de la maternidad**

#### **4.1.1. Relación y dinámica con la figura materna**

Para la investigación he considerado esencial indagar sobre la relación con la figura materna más representativa en la vida de las mujeres que son parte del grupo de estudio, y cómo esta relación impactó en sus maternidades posteriores. Como lo señala Nancy Chodorow (1984) muchas acciones y pensamientos de las relaciones familiares, sugieren en las mujeres determinadas actitudes y expectativas en su futuro. Esto responde a que muchas de las experiencias, discursos y memorias que vivieron con sus madres pudieron ser determinantes para las posturas que fueron adoptando respecto a la maternidad y a sus trastornos afectivos. En este sentido, también he considerado importante poner en relieve los trastornos afectivos que pudieron haber padecido las figuras maternas y de qué manera, también, esta situación pudo afectar y/o influir en sus propias hijas. Por otro lado, si las presencias de las madres son importantes, las ausencias por consecuencia hacen lo propio. Sobre todo, si se mantienen las narrativas y mandatos sobre la maternidad.

En el caso de Erika, tuvo una madre muy presente en el espacio doméstico. Recordemos que fue la última hija, por lo que la brecha generacional fue mayor en comparación a sus hermanos mayores. Su madre tenía 49 años cuando ella nació, sin embargo, ambas tenían una relación de mucha intimidad y confianza. Por ejemplo, recuerda que tenían una serie de ritos exclusivos para ellas.

**Erika:** *“dormimos juntas hasta que yo fui mayor, comprábamos helados y comíamos en la cama [...] mi mami compraba fresas con leche condensada, para compartir conmigo, recuerdo que era un momento solo para nosotras”.*

Erika asocia que la edad de su madre fue un factor importante, para que tuvieran una relación tan cercana: *“creo que mi mami me veía con la tranquilidad que te ven los abuelos”*, me dice. Es importante comentar que su madre estaba diagnosticada de psicosis, es más, inmediatamente después del nacimiento de Erika, su madre tuvo una crisis que generó un rechazo hacia ella por seis meses, tiempo en el que fue cuidada por sus tíos. La segunda crisis que recuerda fue cuando Erika cumplió 13 años, este episodio duró aproximadamente 01 año. Recuerda a su madre dormida casi todo el día, siendo alimentada a través de sueros. Al consultarle cómo fue la vida cotidiana durante ese tiempo, me dice no recordar con claridad, supone que sus hermanas cuidaban de ella y su madre, por ejemplo, con el tema del colegio o la resolución de las tareas domésticas. Mientras conversamos y vuelve a esas memorias, percibo en Erika una posición de mucho entendimiento hacia su madre, diciéndome que pudo haber sido difícil para su ella enterarse de su último embarazo, cuando se supone estaba a punto de comenzar la etapa del ‘descanso’, cuando los hijos se hacen mayores e inician su vida fuera de casa. Erika recuerda tener una explicación médica sobre la condición de su madre,

**Erika:** *"el doctor dijo que ella -su madre- había acumulado demasiado, mi madre aparentaba que en su vida no pasaba nada, mi mami siempre era serena a pesar de todos los problemas y el doctor dijo que si una mujer quiere romper los platos que los rompa".*

Recuerda estas palabras y me dice que es la razón por la que ella expresa sus emociones y no tiene temor en mostrar su enojo cuando lo siente. Cuando su madre logró recuperarse de la segunda crisis, nunca más se mencionó o conversó del tema, lo que para Erika

estuvo bien. En sus palabras, prefiere no hablar sobre lo que podría causarle dolor. Aunque, me contó que algunas veces pensó en la posibilidad de enfermar al igual que su madre, pero fue una idea que poco a poco fue descartando ya que sus hermanas no presentaron ningún síntoma, Erika llegó a la conclusión que si a ellas no les sucedía nada tampoco tenía que pasarle a ella. Debido a la experiencia de su madre, decidió que no quería tener muchos hijos, por ejemplo, tiene un recuerdo vívido de verla lavando sábanas y parecer muy cansada, Erika no quería pasar por eso en su maternidad. Sin embargo, a pesar de que su madre tenía muchas obligaciones por el número de hijos, también la recuerda como una mujer independiente que tomaba decisiones respecto a su bienestar, por ejemplo, su madre destinaba tiempo para divertirse con sus amigas. Me dice que su mamá fue una figura crucial para la formación de su carácter. Además, Erika en su discurso resalta la importancia de la presencia de la madre en la vida de las personas, en distintas etapas de nuestras conversaciones y refiriéndose a diferentes personas y situaciones comenta que *“el amor se aprende de las madres”* y la ausencia de esta, puede representar el no aprender a amar.

En cuanto a Chela, me cuenta que la relación con su madre ha ido cambiando con el tiempo. Durante su adolescencia y juventud, fue maltratada por su madre y su hermano mayor, si salía de casa para hacer deportes o a alguna fiesta matinal, era motivo suficiente para ser golpeada.

**Chela:** *“Cuando tuve a mi primer enamorado me pegaron, yo tenía 22 años ya, no era una niña, pero me pegaron duro”*

Recuerda que no podía tener amigos, respecto a su sexualidad era un tema tabú para su madre. Tenían una relación muy vertical, si le prohibía alguna cosa, simplemente no podía hacerlo. Chela llora y muestra ira. Culpa a su madre por su artritis reumatoide debido al maltrato que recibió. Sin embargo, como lo señalé líneas arriba, la relación con su madre ha ido cambiando con el paso del tiempo. Chela, de adulta, sintió el soporte de su mamá. Su madre la ayudaba para resolver tareas domésticas, esto permitió que ella pueda trabajar y solventar las necesidades económicas de su hijo. Pero en el momento en que su hijo llega a la secundaria, la madre de Chela tuvo que mudarse de la casa que compartían. Ella recuerda que fue un golpe duro, porque ya se había acostumbrado a la presencia y ayuda de su madre.

**Chela:** *“Yo no sabía cocinar, no cocinaba. Tenía que comprar todos los días un menú. Fue difícil para mí [llora] yo iba a buscarla a mi mamá, cada dos días, pero ella me decía ‘qué quieres’, pero ella se puso a llorar y me dijo que no quería hacerme daño, me dijo: ‘Tú ya acostúmbrate a estar con tu hijo, vivan juntos’, me he llorado. Cuando se fue no aceptaba que mi mamá se vaya. qué voy a hacer solita, me decía”*

Chela, al ser la única hija que se mantuvo soltera, fortaleció la relación con su madre, aunque para ella es algo ambivalente porque siente que su mamá no la quiso o no le dio lo que, a sus demás hermanos, sí. Siente que su mamá no fue una buena madre porque no la apoyó para que pudiera continuar con sus estudios y por el contrario la maltrató constantemente. Por su parte, Chela es una madre amorosa, siente que es así para diferenciarse de lo que ella experimentó en su infancia, sobre todo, no quería que su hijo sintiera lo que ella vivió. Por el contrario, que la recuerde con cariño, sabiendo que hizo todo por cuidarlo.



**Imagen 3.** Fotografía de Chela y su madre

(Imagen utilizada con su autorización)

Fuente: Registro propio durante el trabajo de campo

En cuanto a Adriana, asocia a su madre con la ausencia durante su infancia. Su mamá se ocupaba de proveer su hogar económicamente, por lo que el tiempo que pasaba con ella era reducido. La relación se caracterizó por ser distante y dura, según Adriana esto responde a que su madre quería que sea una mujer fuerte (actualmente sigue siendo así con ella).

**Adriana:** *“Mi mamá tiene un carácter complicado, pero asumo que era porque quería que yo me hiciera fuerte en la vida.”*

Ella siente que constantemente este tipo de situación hizo que se creara una brecha entre ellas y cuando existía interacción, surgía inmediatamente la tensión. Al contarle Adriana a su madre sobre el abuso sexual del que fue víctima por parte de su tío, no le creyó, y esto la lastimó emocionalmente. Por otra parte, su mamá tiene una posición particular respecto a la salud mental, lo asocia a la voluntad de una persona y no como una enfermedad, por lo que la decisión de intentar terminar con su vida fue visto con dureza por su parte. Podría intuir que es una de las razones por las que Adriana no fue, hasta mucho tiempo después, a tratarse con un psicólogo a pesar de que mostraba síntomas de una profunda depresión.

Adriana, al sentir la ausencia de su madre, quiere y procura tener una maternidad presente. Siendo cariñosa, expresiva y estando disponible para resolver las necesidades de su hija. Para Adriana es importante no tener esa distancia con Ariadne, así como ella lo tuvo con su propia madre. Para Adriana su hija es como su pequeña amiga porque juntas han atravesado distintas situaciones, la señala como su absoluta prioridad.

Al preguntarle a Viviana sobre su madre, la relación es ambivalente. Hay momentos en los que ha sentido su apoyo y soporte, sin embargo, en otros, siente que su madre ha sido indiferente o hiriente. Me recalca que la ama y que no siente que sea una mala persona, pero que no siempre quiere tenerla cerca. Su madre sufrió depresión post-parto cuando dio a luz a su hermana menor. Fue complicado porque fue un proceso que duró mucho tiempo e impactó en distintos niveles a su familia. Me recalca que ella no vivió muy cerca ese proceso porque se marchó de casa con apenas 15 años. Sin embargo, piensa que puede ser uno de los motivos por los que su madre *“es como es”*

**Viviana:** *“No me gusta cuando mi mamá me dice ‘no me importa lo que hagas con tu vida’, cómo me va a decir eso, si es mi mamá, a mí me duele que me responda de esa manera”*

Viviana siente que aprendió muchas cosas de su madre, además que hasta ahora pueden conversar a veces y recibe consejos, pero hay cosas con las que no está de acuerdo con ella. La relación de Viviana con su madre también ha mostrado cambios con el pasar del tiempo.

Paola perdió a su madre a los 03 años en un accidente de tránsito. Para ella fue un golpe duro, no solo por lo que tuvo que enfrentar bajo esta situación, sino también porque siente que la pérdida de su madre significa su imposibilidad para que ella pueda ser una buena madre: *“porque nadie me enseñó”* me dice. Paola tuvo la figura materna de sus madrastras, que estuvieron marcadas por la violencia. Por eso, ella se reconoce a sí misma como una madre “fría” y me dice que prefiere trabajar antes que estar en su casa o atender a sus hijos

Para Desiré la relación con su madre estuvo cubierta de desconfianza y diferencias. Sintió que su madre le dio mayor atención y cariño a su hermana, mientras que ella sintió desprotección emocional. Debido a eso, procura atender las necesidades de su hijo, aunque hacerlo puede ser un reto por su depresión y porque materna en autonomía. Aunque la madre de Desiré nunca tuvo un diagnóstico oficial, la formación en psicología que tiene le permite decirme que supone que su madre podría tener un trastorno de límite de personalidad (TLP), porque tiene la tendencia de llevar sus emociones al límite, lo que le impide tener estabilidad emocional. Aunque también es necesario mencionar que la relación con su mamá ha ido evolucionando con el pasar del tiempo, incluso su madre se disculpó por algunos errores que pudo cometer en su crianza. Desiré me cuenta que, a partir de esta situación, ella ha podido tener una mirada empática acerca de la maternidad de su madre, quien siempre se ocupó de las tareas domésticas y del cuidado completo de sus hijas, lo que pudo ser un impedimento para que su madre pudiera tener una carrera profesional, ejercerla y lograr su independencia económica. Por otro lado, respecto a la condición mental de Desiré, su madre considera que no existe la depresión o que, en todo caso, se resuelve rezando y estando con Dios, lo que incluso en su adultez le genera una sensación de soledad respecto a su trastorno afectivo. Desiré concluye diciéndome, que

le hubiese gustado tener una relación de mayor comunicación y confianza con su mamá, para ella, la figura de su madre es una referente a su maternidad tanto en lo que quiere replicar como en los errores que no quiere cometer.

### **Conclusiones:**

En cuanto a Chela y Adriana, la relación con sus madres durante su adolescencia y juventud fue distante, sin embargo, en la adultez y cuando se convirtieron en madres, la relación cambió y se convirtieron en una figura de contención mientras ellas maternaban en autonomía. Por otro lado, sus madres representaron aquello que no querían repetir en sus maternidades, en sus discursos resaltan la cercanía y expresividad de los sentimientos en las relaciones que tienen con sus hijos. Situación similar sucede con Desiré, ella menciona que trata de brindar seguridad emocional a su hijo, cosa que no experimentó en su familia, principalmente con su madre. Sin embargo, ella también refiere que, ahora como una mujer adulta puede entender y tener una mirada más empática respecto a la maternidad de su madre. Erika y Paola creen que se aprende a ser madre con las madres precisamente, sin embargo, ellas representan la presencia asertiva de la figura materna y la ausencia total, por lo que Erika agradece a su madre por enseñarle a amar, mientras que Paola al perder a su madre en un accidente, siente que no tuvo de dónde aprender y por eso cree que no sabe cómo serlo de manera correcta.

Finalmente, las relaciones con sus madres parecen ser procesos que cambian con el tiempo, de acuerdo con lo que viven, las edades que tienen y el momento en que experimentan la maternidad. La presencia o ausencia de sus madres son un punto de referencia para sus propias maternidades; ellas consideran que las limitaciones o los aciertos en las relaciones con sus propios hijos tienen un acervo en las relaciones con sus propias madres. Por otro lado, me gustaría resaltar que la relación abuela – nieto también manifiesta cambios según el último va creciendo.

#### 4.1.2. El impacto de las paternidades en las maternidades y en la salud mental de las mujeres

Dentro de los casos recogidos para esta investigación, generalmente, la decisión de ser madres surge en el marco de una relación sexoafectiva. Considero este apartado porque el trastorno afectivo tiene causas multifactoriales, y maternar con la presencia de un padre activamente presente, marca una diferencia respecto a la carga mental y material que pueda tener una mujer en su proyecto de vida y en los procesos de su maternidad.

En cuanto a Erika, tiene una relación matrimonial estable de más de 30 años, ella considera que fue fundamental compartir los mismos valores con su esposo, aunque tengan personalidades diferentes. Para Erika, la crianza de su primer hijo no fue sencillo, pero fue más aliviador con la presencia de su esposo, quien ha estado presente y ha sido proveedor, gracias a su trabajo su familia puede tener una seguridad económica y su hijo Fernando ha podido tener tratamientos, medicina, y atención médica sin problema. Por ejemplo, mientras él se encuentra en su casa, se encarga de cuidar a Fernando:

*Erika: “Siempre está pendiente, mirándolo por la cámara, él se despierta en la madrugada o si siente que [Fernando] grita”*



**Imagen 4** Erika, su esposo y sus dos hijos  
(Imagen utilizada con su autorización)

Fuente: Registro propio durante el trabajo de campo

Su cotidianidad involucra el cuidado diario de Fernando, los baños y su aseo personal, hacer las compras de la despensa y ocasionalmente realizar viajes y paseos en pareja. Aunque Erika dedica mayor parte de su tiempo en la casa y el cuidado, su esposo ha sido importante para que ella pueda tener tiempo de calidad consigo misma y con esto sentirse mejor tanto física y mentalmente.

Adriana conoció al padre de su hija a los 18 años. Ambos compartieron el deseo de ser padres, incluso por sobre las limitaciones físicas que ambos poseían para serlo. Sin embargo, la relación terminó y él, aunque actualmente tiene contacto con su hija, no está completamente presente en su vida y no atiende sus gastos económicos, tales como: la escuela, recreación, alimentación, vivienda o alimento. Esto repercute en el estado anímico de Adriana, en nuestras conversaciones me refiere que muchas veces se siente muy cansada y que siente culpa, porque por ello no es una buena madre al no tener tiempo ni energía para jugar o atender a su hija luego del trabajo. Adriana es la principal cuidadora y proveedora de su hogar. Junto a las emociones de culpa o cansancio que tiene, estas conviven con la ilusión de tener una “*familia ideal*”, en donde los hijos viven con ambos padres y son felices. Para Adriana las relaciones sexoafectivas, deben decantar en la formación de esta familia de su imaginario, ella siente que esta idea proviene porque no pudo ser posible durante su infancia ya que sus padres se divorciaron.

*Adriana: "Sí, olvídate, para mí Alberto era el amor de mi vida, o sea, era él, la persona con la cual yo quería envejecer y verme viejita y ver a mis hijos [...]Pero no, pues no se dio. Y se me desmoronó mi concepto familiar, porque yo decía, mis papás son separados y yo no voy a seguir eso, o sea, mi familia va estar bien, voy a conformar mi familia como debe ser: papá, mamá y mis hijos"*

La relación con Alberto tuvo varios vaivenes. Adriana me cuenta que el motivo por el que retomó nuevamente esta relación, incluso luego de las discusiones y violencia física, fue porque nuevamente se abría la posibilidad de ser madre, pero cuando pierde a su segundo hijo durante la gestación, decide terminar definitivamente ese vínculo.

Chela me dice que, aunque nunca se enamoró completamente del padre de su hijo, lo veía como un buen compañero para formar una familia y tener proyectos laborales juntos.

Aunque la relación no era muy sólida, ella también tenía el deseo de ser madre y sentía alguna presión en su entorno, porque ya tenía 29 años. Antes de culminar el proceso de gestación, se termina esta relación y en ella recae toda la responsabilidad que implica el cuidado de su hijo, lo que, sumado a la artritis reumatoide, enfermedad que fue diagnosticada pocas semanas después de dar a luz; terminó resquebrajando su salud mental y física. Al tener que priorizar los gastos de su hijo recién nacido, postergó el inicio de su tratamiento, asimismo, la dificultad física para materner la hizo sentir frustrada respecto al cuidado de su hijo.

En cuanto a Desiré, Viviana y Paola; no tuvieron una paternidad activa dentro de sus maternidades lo que decantó en un impacto en su salud mental y física. Por ejemplo, Desiré materna en autonomía padeciendo depresión, lo que muchas veces la hace sentir agotada por no tener con quien compartir las responsabilidades de la crianza de su hijo y recurrir a otras personas que pueden tener alguna actitud negativa. Paola, durante su juventud, vivió episodios de violencia con el padre de sus hijos, además tenía que trabajar para mantener a su familia y se encargaba de los cuidados totales, eso la hacía sentir cansada, con una sensación de no experimentar nada positivo en su vida. Finalmente, Viviana, padeció depresión activa por mucho tiempo al tener que dejar a su primer hijo al cuidado del padre, quien ejerció violencia física, psicológica y económica sobre ella. La depresión la llevó a un intento de suicidio. Además, que el amor no es determinante para iniciar una relación sexoafectiva, ni la decisión o circunstancia de ser madres pasa por ese filtro. Asimismo, se podrían tolerar situaciones de violencia para mantener un ligero apoyo económico y/o emocional por parte de los padres.

### **Conclusiones:**

Materner en soledad tiene un impacto en la salud emocional y física de las mujeres. Por ejemplo, Desiré y Adriana expresan sentimientos de frustración, cansancio y culpa por la carga que representa proveer económicamente a sus hijos y encargarse del cuidado emocional y físico de ellos. Asumir la totalidad de esta responsabilidad, por momentos las hace cuestionarse sobre si son buenas madres o no. La ausencia de un padre comprometido con el cuidado de sus hijos podría traducirse en estrés, depresión y ansiedad de las mujeres. Por el contrario, cuando los padres están activamente involucrados en la crianza, las mujeres pueden presentar mayor estabilidad emocional,

como en el caso de Erika, lo que le permite ser más resilientes y enfrentar mejor los desafíos de su maternidad. Además, tiene un impacto también en su proyecto personal de vida, le permite tener mayor tiempo para su autocuidado. El soporte de un padre responsable reduce el estrés financiero que muchas madres solteras enfrentan, permitiéndoles proporcionar mejor atención y recursos para sus hijos. Por otro parte, si la paternidad representa lo opuesto, esto podría generar la tolerancia a situaciones de violencia por la necesidad de preservar cierto soporte económico, pero terminaría detonando la salud física y emocional de las mujeres.

## **4.2. Condiciones físicas y/o enfermedades que condicionan los procesos de maternar**

### **4.2.1 Conviviendo con el deseo de ser madre y la infertilidad**

Adriana es la única mujer en la investigación que ha expresado explícitamente que, desde muy joven, tuvo un gran deseo de convertirse en madre. Sin embargo, tempranamente, también supo que su útero era muy débil para completar un proceso de embarazo. Por ello, cuando decidió que había llegado el momento para ser madre, junto a su pareja, tomaron la decisión de someterse a un proceso médico que garantizaría ese deseo compartido, ya que él también presentaba un problema de infertilidad. El médico que en ese momento la atendió, le dijo que los 20 años serían la etapa más fértil de su vida, según él, con el pasar del tiempo las posibilidades irían disminuyendo y la implantación del óvulo fecundado sería mucho menos probable. A causa de este diagnóstico, decide dejar sus proyectos de estudiar al extranjero para iniciar con este tratamiento. A pesar de ser un embarazo totalmente deseado, no fue una noticia agradable para su madre, quien intentaba convencerla de que aborte porque quería que continuara estudiando. Este fue uno de los motivos por los que se mudó a la casa de su novio, quién compartía la vivienda de la familia primaria y, además, él era el sustento económico de esta. Esta situación tensionó la relación entre Adriana y su suegra. Por otro lado, tuvo que dejar de trabajar durante la gestación porque físicamente le afectó mucho. Además, su dieta alimenticia no era la adecuada para su estado; al ausentarse su novio para trabajar durante el día, su suegra administraba el dinero y los alimentos que le prohibía comer a Adriana. Bajo esta circunstancia es que decide retomar su trabajo, lo que le permitió tener mayor autonomía

respecto a su familia política. Sin embargo, a los 06 meses de embarazo, me dice que sintió que tenía depresión (aunque en este momento no había visitado a ningún especialista y no tenía un diagnóstico médico), debido a problemas con su suegra y su novio quién ya había decidido iniciar una relación con otra persona. Después de alumbrar, decide regresar a vivir a la casa de su mamá, no lo había hecho antes porque sentía vergüenza. Aun así, ella enfrentó esa etapa de la maternidad, sola, encargándose del cuidado total de su hija. Emocionalmente, a pesar de las circunstancias del parto y el embarazo, refiere que se sintió bien porque Ariadne -su hija- estaba con ella.

*Adriana: “El primer día que llegué con mi hija a la casa, recuerdo que la primera noche mi mamá me dijo “ya hijita, hasta mañana”, las primeras semanas sufría, no sabía ni como cambiarle, le cambiaba el pañalito y se mojaba toda la espalda porque no le ponía bien, me fijaba a cada rato para ver si estaba respirando. [...] Pero todo se volcó en ella, no me importaba más, yo me sentía completa.”*

Al contarme las constantes dificultades que enfrentó durante esta etapa, le pregunté si en algún momento se arrepintió de la decisión de embarazarse, su respuesta siempre fue negativa. Su deseo de ser madre siempre superaría cualquier situación, según sus propias palabras.

Cuando su hija cumple tres meses, decide retomar nuevamente la relación con su novio. Con 21 años se dispone a iniciar un nuevo tratamiento médico para embarazarse nuevamente. Durante este proceso, tuvo amenazas de aborto, por lo que, los primeros meses no se hizo ecografías porque pensó que podrían dañar al feto. A los cinco meses de gestación, le informan que su hijo no se había desarrollado completamente, que era más pequeño de lo que se tenía previsto para esa etapa del embarazo y el médico advirtió que podría nacer con una enfermedad, por lo que debía tener estrictos cuidados.

*Adriana: “Yo tomaba vitaminas, no podía bajar gradas, hacer esfuerzo, dormía con las piernas arriba sobre almohadas. Todas las mañanas sentía los latidos de mi hijo y como se movía. Un día me desperté y no se movía, yo ya sabía, pero no dije nada”*

A los seis meses, el feto muere. Aunque Adriana me dijo que sabía lo que había sucedido, no lo contó hasta pasado el cuarto día; esto provocó una infección y tuvo que ir al hospital. Por el tiempo de gestación, los médicos tuvieron que inducir el parto, *“fue como si estuviera dando a luz, pero mi bebé estaba muerto”*. Sin embargo, no pudo ver el cuerpo, ya que su familia pensó que tendría un gran impacto emocional. El padre de su hija, fue quién se encargó de realizar un rito funerario. Tiempo después, Adriana conoció el lugar en el que fue enterrado. Hasta ahora, ella mantiene un rito con Adriano -nombre que le pondría a su segundo hijo-, cada fecha en la que cumpliría un año más, le compra un regalo de acuerdo con la edad que tendría. Ella prefiere hacerlo sola, porque representa un hecho muy íntimo y ni siquiera su familia sabe de esto. Su hija mayor, Ariadne de ocho años actualmente, sabe de la existencia de su hermano, sin embargo, nunca lo ha visitado.

*Adriana: “La pérdida de un bebé siento yo, es como una llaguita que nunca llegas a curar en tu corazón, lo llegas a asimilar, asimilar que no está que lo perdiste, pero el momento en donde llegas a donde esta, te afecta mucho.”*

Las secuelas físicas posteriores, fueron como los de una mujer que acababa de dar parto. Recuerda la mastitis, ya que tenía las mamas con leche y debía sacarla con un succionador. Le preguntó si simbólicamente esto representó difícil para ella, pues existe un discurso en el que habla de un ‘vínculo’ cuando las madres les dan pecho a sus hijos, me dijo que no, pues a su primera hija no le dio de lactar (debido a una infección que tuvo días después de su nacimiento), entonces ello no lo experimentó y, por ende, este hecho puntual no influyó en su estado anímico. Sin embargo, durante esta etapa, fue la segunda vez en nuestras conversaciones, en la que Adriana hace referencia a que se sentía deprimida, aunque es necesario recalcar que aún no había visitado a ningún especialista en el tema. Enfrentar este duelo, fue muy difícil para ella. *“Lloraba, tomaba alprazolam y dormía”*. Alberto y su madre, eran quienes se encargaban del cuidado de su hija, quien tenía un año. Al preguntar por detalles, me cuenta que no recuerda con claridad esa época y que tiene algunas lagunas mentales.

Después de este episodio, Alberto, su novio y padre de su hija, quedó afectado según Adriana, pero la agresividad también fue recurrente. Además, durante ese tiempo, ella debía trabajar y no solo transitaba el luto por su hijo fallecido, sino también, la preocupación por la salud y economía de su padre, las tareas domésticas, las preguntas

de su madre respecto a los gastos, ya que Alberto tampoco hacía un aporte proporcional a la totalidad de gastos.

*Adriana: “Tenía mucho peso, sentía que cargaba por muchos años con una mochila muy pesada”*

Un año después de la pérdida de su hijo, Adriana decide terminar la relación con Alberto. Esta situación fue muy problemática emocionalmente, porque significó que todas las creencias que había construido alrededor, de lo que -para ella- significaban una familia, quedaban destruidas.

*Adriana “Me decía a mí, he roto lo que tanto había luchado tener, se venía a abajo ese castillo que había hecho de tener a mi familia, de querer tener a mi familia junta [...] yo me decía, ‘pero por qué, qué hecho mal’, me sentía culpable por eso”*

A consecuencia de esta situación es que decide tomar pastillas para suicidarse, pero afortunadamente pudo ser atendida en un hospital, para realizarle un lavado gástrico. Me cuenta que su mejor amiga fue un apoyo crucial después del alta médica, ya que durante una semana se hizo cargo de su aseo personal, alimentación y la limpieza de la casa. Paralelamente su hija se encontraba de viaje con la madre de Adriana, lo que significó un alivio para ella, ya que su hija no la vería en ese estado. Sin embargo, su madre tuvo una postura muy crítica respecto a lo que Adriana había intentado, “*mi mamá me odiaba en ese momento por haber hecho eso*”. Después de algún tiempo, a consecuencia de un problema familiar, decide nuevamente mudarse para vivir únicamente con su hija que por entonces ya tenía tres años. No contaba con dinero, por lo que tuvo que vender todos sus muebles, así obtuvo dinero para alquilar un departamento y asumir la totalidad de gastos de su hija. Para ella, fue una etapa complicada, debía equilibrar el trabajo con la maternidad. Por ejemplo, movilizarse de Hunter a Cerro Colorado, entre casa y trabajo, de 7:00 am hasta las 9:00 pm fue muy agotador. A pesar de mudarse, no pudo alejarse del todo de la casa de su madre, ya que le ayudaba cuidando a su hija después del colegio. Al contarme sobre esta etapa, Adriana hace especial referencia al sentimiento de culpa, ya que no pudo “*ser buena madre*”, por no haber podido darle a su hija una vida holgada económicamente, aunque, aclara que sí resolvía todas sus necesidades básicas. Por otro

lado, además de sus preocupaciones de madre, no podía resolver sus propias necesidades, ya que algunas veces, en su horario de almuerzo, dormía porque no tenía dinero para comer. Actualmente siente la necesidad de consentir a su hija por la época de precariedad que vivieron.

Adriana pudo sobrellevar esta situación por el apoyo parcial de Anthony, su última relación formal. Él le ofrecía una mensualidad para cubrir los gastos de Ariadne. Además, la relación entre su hija y Anthony fue afianzándose, a tal punto, de crear un vínculo de padre-hija. Cercanía que se mantiene hasta la actualidad. Sin embargo, la relación de pareja se terminó debido a que no compartían los mismos valores respecto a sus futuros proyectos de vida. A pesar de ello, Adriana resalta que le tiene cariño y agradecimiento, porque gracias a esta relación, ella pudo sentirse más aliviada respecto a la estabilidad económica de su hija.

En conclusión, Adriana señaló que nunca se arrepintió de la decisión de convertirse en madre, su maternidad es parte importante de su proyecto de vida. Sin embargo, esta puede generar una serie de emociones y sentimientos ambivalentes y contradictorios, que no necesariamente son excluyentes, sino por el contrario reflejan la complejidad de la experiencia de maternidad de Adriana. Por ejemplo, tiene el deseo de tener otro hijo y esta idea convive con sus creencias acerca de lo que es construir una familia conformada por 'mamá, papá e hijos'. Por otro lado, también se siente muy agotada por sus trabajos fuera de casa, el trabajo de los cuidados de su hija y por consecuencia en muchos momentos piensa que no está siendo la mejor mamá porque no tiene tiempo de jugar con su hija. Para Adriana, en estas circunstancias tener otro hijo podría aumentar su agotamiento y frustración. Su caso evidencia que, aunque la maternidad puede ser una fuente de realización personal, también puede convertirse en una experiencia dolorosa y agotadora sin el apoyo necesario.

#### 4.2.2. La dualidad de materner entre Fernando y Alonso



**Imagen 5** Habitación de Fernando  
(Imagen utilizada con su autorización)

Fuente: Registro propio durante  
el trabajo de campo

Desde los 23 años, Erika consideró la posibilidad de tener hijos. Me dice que fue un deseo que ‘sentía’, incluso tenía claridad respecto al número: solo quería dos hijos, porque su familia primaria fue grande, en donde la falta de espacio en la casa y la responsabilidad de las tareas domésticas que en su mamá recaía, era algo que, ella no estaba dispuesta a asumir. A los 25, después de casarse, quedó embarazada por primera vez. Cuando él cumplió 01 años y 02 meses, Erika recibe la noticia de que Fernando tenía parálisis cerebral, tiempo en el que se encontraba en proceso de su segundo embarazo, Alonso. El diagnóstico de la enfermedad de Fernando no solo fue un golpe emocional para Erika, sino que venía con muchas preguntas. pues hasta ese momento no había oído de esta condición, me dice “*yo había escuchado hasta del síndrome de Down, para mí no existía más*”. Además, ni en la familia materna ni paterna, existía algún antecedente médico similar, ni otro miembro de la familia con alguna discapacidad. Por ello, recuerda que enfrentó la situación con tristeza inicial, pero también con mucha incertidumbre.

La experiencia de la maternidad de Erika podría ser descrita como una dualidad, que se va dilucidando con mayor claridad mientras sus hijos van creciendo. Puedo percibirlo mientras observo las fotografías que guarda en álbumes muy grandes. Fernando y Alonso tienen un año y un poco más de diferencia en edad, en tanto, al ser pequeños ambos usaban coches; tiempo después Alonso ya aprendía a caminar y Fernando seguía usando

el coche; años después una fotografía de Alonso disfrazado para una actividad del colegio, Fernando seguía usando el coche. Para Erika, cuidar a Fernando significó una gran tarea; mientras que el cuidado de Alonso significó una salvación para ella, con él podía experimentar una maternidad 'normal'. Para ella implicaba llevar a tu hijo al colegio, ayudar en las tareas, que te regale una tarjeta por el día de la madre, hacerle sus disfraces. Por otro lado, gracias a una familia política extensa, que fungía como red de soporte para Erika y su familia, no se limitaban al momento a compartir actividades recreativas y ambos hijos fueron parte de ellas sin mayor diferencia; como ir a la playa, comer dulces, jugar, etc.

En nuestras conversaciones, Erika muestra un reconocimiento de que su situación económica fue importante para vivir y sobrellevar la enfermedad de Fernando de manera mucho más digna, ya que desde el diagnóstico pudo llevar terapias, realizar viajes con fines médicos, tener la visita de especialistas particulares, etc. Pero también siente que hay días, hasta ahora, en los que siente cansancio porque todos los días resultan rutinarios y frustración, por las cosas a las que renunció por cuidar a su hijo. Sin embargo, considera una recompensa el avance y mejoría que Fernando ha alcanzado hasta hoy. Me dice que para ella es importante fomentar la independencia de sus hijos, en la manera que cada uno puede.

Ya que he descrito la maternidad de Erika como una dualidad, en los siguientes párrafos procuraré explicar al detalle qué implicó el proceso de maternar con cada uno de sus hijos. Después de conocer el diagnóstico de Fernando, Erika me cuenta que sintió un profundo sentimiento de culpa y la necesidad de hallar un culpable, se materializó en señalar a su esposo, esto generó una crisis en el matrimonio. La culpa que experimentaba provenía de la creencia de que algo en su cuerpo había fallado, y que esa fue la razón por la cual Fernando nació con una condición de salud.

**Erika:** *“sentía que era mi cuerpo, era mi culpa, el cuerpo que había fallado. Yo no tomaba alcohol en exceso ni fumaba, no entendía por qué”*.

Inicialmente, Erika no experimentó las emociones que usualmente se esperan de una madre primeriza. Recuerda que durante el primer contacto con Fernando sintió mucho miedo, me aclara que nunca ha sentido rechazo hacia su hijo, pero sí sorpresa y curiosidad. Fernando tuvo un nacimiento prematuro, nació a los seis meses de gestación. Por lo que era sumamente pequeño y ella sintió temor de su fragilidad, además que

tampoco pudo darle de lactar, porque al ser tan pequeño no podía succionar. Erika no tuvo la idílica sensación, que algunas narrativas refuerzan acerca de las emociones de las mujeres y su maternidad; en este sentido Scheper-Hughes señala que el “amor materno no es algo innato; más bien, se compone de una serie de imágenes, significados y sentimientos que son siempre producidos por la sociedad y la cultura” (1997, p. 329), la situación que vivió Erika en su alumbramiento fue particular por lo que es razonable que la emoción que recuerde más sea el temor. Por otro lado, las primeras personas que tuvieron una mirada sospechosa acerca del desarrollo de su hijo fueron las mujeres madres de su familia. Por ejemplo, le señalaban a Erika que durante determinados meses su bebé debería levantar la cabeza o gatear, inicialmente esto no fue percibido por ella, ya que era madre por primera vez. En cuanto al cuidado de Fernando, ha recaído principalmente en Erika, sin embargo, su esposo también ha tenido un rol diligente dentro de la crianza.

**Erika:** *"yo siempre les digo a todo el mundo, o sea, no, mi hijo no tiene padre, tiene dos madres, porque él es una madre"*

A lo que Erika se refiere como ‘una madre’, es un hombre ejerciendo su paternidad de manera activa y presente en la crianza de sus hijos. Es necesario aclarar que, la condición de Fernando implica que su vida depende totalmente del cuidado de otros. Él no habla, no expresa deseos, ni puede moverse. Sin embargo, con el tiempo ha desarrollado ciertos códigos para comunicarse con su familia, por ejemplo, golpea la pared si está cayendo de la cama.

Para los médicos, durante la infancia y niñez de Fernando, sería el tiempo en el que habría mayores posibilidades de desarrollar el lenguaje y la psicomotricidad, por ello, ir a las terapias durante dos veces al día fue una constante durante toda esa etapa. Además, ambos -Erika y Fernando- realizaron viajes hacia Cuba, para tener acceso a tratamientos médicos más especializados. Mientras Alonso se quedaba con su papá en Arequipa.

Erika se dice que siempre estuvo para Alonso, pero definitivamente era Fernando quién se llevaba mayor atención debido a su condición. Por lo que, durante la infancia y niñez de sus hijos, tuvo el apoyo de una niñera. En cuanto, a los avances de aprendizaje de Fernando, fueron cruciales para Erika; por ejemplo, que aprendiera a succionar, coger un vaso o masticar; le permitió tener un rango más amplio de libertad dentro de su propia situación, ya que ella fue y es la principal cuidadora de su hijo.

**Erika:** *para mí que coma, que agarre un vaso y pueda tomarlo es una cosa extraordinaria, y una cosa que, aunque no creas me alivia el trabajo, serán dos segundos, pero dos segundos para una madre que tiene un hijo con discapacidad es un descanso”.*

Actualmente Fernando tiene 29 años y la incertidumbre ha dejado de ser prioridad y han podido desarrollar en familia una serie de rutinas y estrategias para que, según las palabras de Erika, su vida sea “*lo más normal y fácil posible*”. Por ejemplo, para que ella pueda salir debe hacerlo cuando Fernando duerme, también cuentan con una cámara conectada a sus celulares lo que les permite observar mientras no estén en casa. Otro ejemplo es que Erika usa la tela con la que se hacen las capas de peluquerías, para que Fernando no moje la cama. Estas y otras acciones cotidianas le han permitido facilitar sus tareas de cuidados. Aunque sí reconoce que aún requiere mucho esfuerzo, como quedarse con él hasta que duerma -que usualmente es alrededor de la medianoche o 01 de la mañana- pero, dentro de ello, también puede dormir hasta las 9:00 am del día siguiente, porque su rutina va adecuándose a los horarios de Fernando; situación que no sería posible si es que Erika fuese madre soltera o tendría que trabajar fuera de casa.

Al presente, Fernando visita al médico cada dos meses para sus chequeos de rutina. Él tiene acceso a un seguro particular por lo que puede ir a la clínica. Sin embargo, a pesar de poder pagar determinados servicios, Erika señala que existen ciertas dificultades externas; por ejemplo, si visita al dentista, la falta de espacio para la silla de Fernando en el consultorio o anestesiarlo para atenderlo, son condiciones que no todos los dentistas quieren/pueden aceptar. En resumen, Fernando está sano dentro de su condición, por lo que Erika también es enfática al decirme que él ya no es un bebé, sino un hombre adulto.

**Erika:** *mira en seis días nadie se muere, en algún momento tiene que comer, y si no quiere, que coma galletas, [...] si fuera un bebito ya, pero imagínate es una persona de 29 años que es fuerte y sano.* \*Esta conversación fue en el contexto de un viaje que Erika y su esposo realizaron. Fernando suele negarse a aceptar la comida si es que no es ofrecida por su madre.

Hablar del futuro para Erika, implica hablar de Fernando. Me cuenta que, en una visita médica, ella se animó a preguntar por la cantidad de años que viviría su hijo. Me dice que, aunque le duela, por el bienestar de todos los miembros de su familia, lo mejor sería que Fernando muriera antes que ella y su esposo.

**Erika** *"la doctora me dijo 'es largo, señora, es larga la vida de él'. Te puede resultar horrible lo que te voy a decir, pero ese día fue así como un golpe, me decía 'no Dios', es raro que una madre diga que a veces quisiera que su hijo descansara, pero sí, si lo pienso. Si lo deseo por varias cosas. me preocupa cuando yo esté mayor y también por un poco de egoísmo. Me digo '¿cuándo voy a vivir yo?' [...] un padre jamás debería enterrar a un hijo, ¿no?, no es ley de vida se supone, pero la vida no es igual para todos, nadie puede entender lo que yo pido mientras no tenga un hijo que tenga una enfermedad así"*

Pero también hablamos del pasado, si Erika hubiese tenido la posibilidad de decidir si quería o no continuar con el embarazo de Fernando.

**Erika** *"nadie me dio la posibilidad de un aborto. Que ahora si me preguntas, no sé si lo hubiese hecho, pero si me hubiese gustado que me dieran la posibilidad de elegir, ¿no?, de decidir si quería un hijo así, si podía ir a afrontar un hijo así, ¿no?"*

Esta respuesta me la dio las primeras semanas de contacto. Posteriormente en otra entrevista, le volví a preguntar si le hubiese gustado saber la condición de Fernando antes de su nacimiento, ese día dijo que no. Entonces, le recordé nuestra conversación pasada y respondió *"algunos días si me hubiese gustado saber, otros, no, porque no sé si sabiendo hubiera aceptado una situación así"*. Para mí, fue importante confrontar ambas versiones con la propia Erika, y evidenciar sus contradicciones porque el proceso de maternar también implica la constante contradicción. Por otro lado, sí consideró hacerse un aborto durante su segundo embarazo, porque tenía temor de enfrentar nuevamente los retos que implicarían tener un hijo enfermo, en el caso que sucediera de nuevo. Me cuenta que, en algún momento, pudo conversar sobre esta decisión inicial con Alonso, su segundo hijo. Él se mostró comprensivo con su madre y la situación que enfrentó en ese

momento. Sin embargo, su nacimiento significó totalmente lo contrario. Para Erika, significó recuperar la esperanza y pudo experimentar la maternidad desde otro lugar.

**Erika:** *“Cuando nace (Alonso) fue una sensación diferente, fue como que todo cambió [...] Imagina nunca haber experimentado todo lo que hemos vivido con Alonso, hubiera sido una vida solo de dolor, no hubiéramos conocido otra cosa”*

Erika me cuenta que no hay mayor conflicto con Alonso respecto a la vida familiar que tienen, me dice *“es lo único que él conoce, entonces no hay manera de aspirar otra vida”*. Pero para Erika, aunque fueron padres presentes, no fue suficiente y eso impactó en la personalidad de Alonso, desarrolló un mayor sentido de independencia ya que su hermano mayor necesitaba de cuidados más precisos. Para Erika, entre sus hijos existe una relación de confianza a pesar de encontrarse en diferentes circunstancias. La relación entre hermanos muestra ciertos comportamientos de complicidad y hasta de regaño, por ejemplo, si Alonso se enoja con su mamá, Fernando se muestra molesto y lo sujeta del brazo *“como si le estuviera llamando la atención”* me dice Erika. Al tener diferentes experiencias de maternidad con sus hijos, le pregunto a Erika si tiene un hijo favorito, me dice: *“Fernando es el favorito porque tiene el problema, y él -Alonso- es mi favorito por todo lo que he vivido. Los dos me dan de diferente forma”*.

Finalmente, un pilar importante en las maternidades y el bienestar de Erika, fueron y son las mujeres que estuvieron en su entorno y también los grupos de soporte que se generaron alrededor de la crianza de sus hijos. En primer lugar, las madres que conoció mientras Fernando hacía sus terapias. Este encuentro le permitió conocer la cotidianidad de tener un hijo enfermo más allá de la condición médica; por ejemplo, respecto a la comida, descanso o ropa de Fernando. En el tiempo actual, encuentra mucho apoyo en su familia y su grupo de amigas, con las que anualmente realiza un viaje corto; me dice *“son ellas las que se organizan para cuando yo puedo dejar a Fernando y mi esposo puede cuidarlo, y mira que no es poca cosa, son muchas personas poniendo su tiempo a disposición del mío”* Erika es enfática al decirme que su bienestar, también depende del tiempo que tiene para ella misma. Me dice que ser egoísta es también ser una buena madre, porque así ella está bien, lo estará también para sus hijos. Señala el egoísmo como parte importante para ejercer una maternidad sana y plena:

*Erika: "Creo que tienes que siempre ser un poquito egoísta, yo soy un poquito egoísta. Tengo mi tiempo para mí. Es mi tiempo de ir a la peluquería, yo tengo que irme a teñir, yo tengo que ir. Porque no puedo, es mi forma, son las pequeñas cosas a las que yo me aferro porque necesito algo que me haga feliz. Eso me hacen feliz y, puede sonar superficial, pero creo que en esta vida para tu continuar, para yo poder estar bien, como tengo que estar con él -Fernando-, tengo que hacer mis cosas para hacer feliz."*

Considero que, por un lado, Erika me presenta un discurso tradicional de la maternidad como el hecho de que son las madres quienes enseñan a amar a los hijos y encargándose del trabajo emocional de los mismos; sin embargo, en cuanto a su proceso de maternar también presenta una práctica en la que reconoce que la individualidad de las mujeres es importante, a pesar de ser madres. Este ejemplo, puede graficar que ciertas acciones o pensamientos en las maternidades, no son necesariamente excluyentes; por el contrario, van construyendo, deconstruyendo y conviviendo entre ellas.

#### **4.2.3. Maternar entre dos frentes: artritis reumatoidea y depresión**



**Imagen 6** Retrato del hijo de Chela, Aimar

(Imagen utilizada con su autorización)

Fuente: Registro propio durante el trabajo de campo

Chela tenía presente el deseo de ser madre, una de las razones fue porque no quería quedarse sola. Este discurso estuvo presente entre sus amigos y familiares, *“quién te va a pasar, aunque sea un vaso con agua”* le decían. Al llegar a los 29 años y tener su propio salón de belleza consideró que era un escenario ideal para convertirse en madre. Ella había decidido ser madre incluso antes de casarse o involucrarse sentimentalmente con alguien. Algún tiempo después conoció a Lalo, para Chela era una persona que compartía valores similares con ella, en cuanto al disciplina en el trabajo y el deseo de superación económica; así que consideró que era una buena opción iniciar el proyecto de familia con él. En nuestras conversaciones me aclara que en realidad nunca se enamoró por completo, ya que nunca convivieron ni se casaron. Chela, al enterarse que estaba embarazada seguía viviendo en casa de sus padres. Durante el segundo trimestre de su gestación se entera que su pareja había conocido a otra persona y aunque fue una situación dolorosa para ella, aún permanecía la posibilidad de ser madre, por lo que decide maternar de manera autónoma. En este contexto, nace su hijo Aimar y recibe el diagnóstico de su enfermedad física. Chela me cuenta que su deseo de convertirse en madre convivía con cierto desconocimiento sobre cómo actuar frente a este proceso. Me comparte un ejemplo: ella dio a luz una tarde, no sabía que debía darle de lactar a un bebé apenas nace, por lo que su hijo pasó la noche entera sin tomar leche, me dice que le sorprendió al percatarse que él en todo ese tiempo: *“pensé que chiquito tan tranquilito, que no llora como los otros”*, sin embargo, al día siguiente cuando la enfermera llegó a recogerlo, se dio cuenta que su bebé se encontraba botando espuma. Recuerda que la médica le dijo gritando *“que era una mala madre”*. Para Chela fue una situación caótica y dolorosa, me refiere que realmente no lo sabía, que ni su mamá, ni nadie le había explicado lo que debía hacer. Después de un par de semanas del nacimiento de su hijo, fue diagnosticada con artritis reumatoidea. Esta es una enfermedad autoinmune en donde los tejidos sanos del cuerpo atacan a las articulaciones provocando su inflamación. Es necesario aclarar que es una enfermedad incurable y requiere el inicio del tratamiento con celeridad, porque mientras más tiempo pase, el daño a las articulaciones puede ser irreparable. La enfermedad de Chela se manifestó una mañana en la que se despertó y no podía moverse, me cuenta que al mínimo roce sentía gran dolor, *“quería ir al baño y no pude, miccioné ahí encima de la cama, no podía moverme, me dolía todo”*. Sus hermanos la llevaron de emergencia al hospital, mientras su madre se quedaba al cuidado de su recién nacido. Se quedó

internada en el hospital durante casi un mes, sin tener certezas sobre lo que le pasaba. Cuando finalmente le dieron algunas respuestas, recuerda que le dijeron que una posible causa pudo ser el factor emocional, la depresión y/o angustia y una deficiente alimentación. La figura del médico resulta relevante en este punto, quién le dijo “*si tienes plata te vas a curar de esto, sino no*”. Y la realidad era que, Chela no tenía dinero para comprar las medicinas, así que no pudo empezar el tratamiento de manera completa y adecuada, por lo que su enfermedad fue avanzando paulatinamente. Esta situación afectó los primeros meses de su primeriza maternidad; al tener un intenso dolor en las manos no podía cargar a su bebé, lavar los pañales o hacer tareas domésticas como limpiar y cocinar. Respecto a su propio cuidado, recuerda que no podía peinarse o ponerse el brasier. Toda esta situación repercutió en su salud mental, teniendo un sentimiento recurrente de incompetencia frente a lo que le sucedía. Además, recuerda que transitó este proceso con mucha soledad porque no sentía el apoyo de su familia cercana, aunque, por otro lado, tenía amigas que la ayudaban regalándole ropa para su hijo. Otras emociones recurrentes fueron la frustración y la ira. Al encontrarse muy enferma, se vio obligada a vivir de sus ahorros, ya que tampoco recibía ningún aporte económico del padre de su hijo. Chela se refiere a sí misma como una persona extrovertida, sociable y amigable; sin embargo, durante ese tiempo permaneció en casa durante casi un año, situación que la llevó a subir de peso y deteriorar aún más su estado emocional y autoestima.

**Chela:** “*ya no podía seguir así, tuve que ponerme fuerte por Aimar [...] empecé a comer frutas y verduras, ya cuando bajé de peso, empecé a salir y a hacer mi vida normal*”.

Después del año transcurrido, decide hacer su vida con ‘normalidad’. Abre nuevamente su salón de belleza y regresa al deporte como espectadora y organizadora de campeonatos o eventos deportivos en su distrito. Sin embargo, al cumplir 33 años, es que su artritis reumatoidea comienza a manifestarse con mayor severidad. Las consecuencias de no iniciar el tratamiento adecuado a tiempo comienzan a ser más visibles. Al presentar estos malestares, decide buscar otras opciones médicas por lo que, para este momento, tiene la posibilidad de iniciar un tratamiento mucho más efectivo, que le permitió frenar el impacto de la artritis. Pero sus manos ya habían comenzado a tener deformaciones articulares y su pierna izquierda tenía limitada la movilidad. Esta situación tuvo que

convivir con su maternidad. Su hijo ya tenía tres años por lo que sus necesidades fueron diferentes; el inicio de la vida escolar, el aumento de la actividad física, la preparación de la comida y demás. Y con la conciencia que su hijo iba adquiriendo, fue conociendo las condiciones de su mamá y las necesidades que ella también tenía.

**Chela:** *“mi hijito, mi Aimarcito ya se daba cuenta que yo estaba mal, me decía ‘toma tus pastillas mamita, siéntate con cuidado’ me da pena que haya crecido así, que tan rápido haya abierto los ojos”*

Chela recuerda la frustración que sentía, porque su hijo tuvo y tiene que convivir con su enfermedad. Y aunque esta situación la entristece, me dice que esto no fue determinante para tener una maternidad presente y amorosa. Fue parte de las actividades escolares de su hijo, lo llevó a talleres deportivos desde pequeño, cada requerimiento que tenía era resuelto por ella.

Aunque la enfermedad de Chela fue un factor que complejizó su proceso de maternar, también determinó hasta cierto punto, el tipo de relación que tiene con hijo, con quién tiene mucha cercanía, confianza y cuidado.

**Chela:** *“Aimar es mi hijo, mi novio mi amigo, mi hijito es todo para mí”*

Sin embargo, al tener esta relación estrecha y reconocerse como una familia solamente de dos, surgen ciertas emociones que podrían tensionar sus interacciones en la actualidad. Aimar ya tiene 23 años por lo que salir con amigos o ir a fiestas por las noches puede ser algo que le interese de manera ocasional; ante esto Chela se quiebra al decirme que tiene mucho miedo de que su hijo salga hasta muy tarde o vaya a alguna fiesta, *“si le pasa algo yo me muero”*, me dice. Por otro lado, ella sigue reconociendo la importancia de la educación, por lo que actualmente continúa trabajando en su salón de belleza para que Aimar pueda tener una formación universitaria. Él por su parte, trabaja para apoyar a pagar su pensión. Ambos viven en la casa de los padres de Chela, pero mantienen su independencia, por lo que ella se encarga de algunas tareas domésticas como limpiar, cocinar y lavar. Aunque a veces puede ser muy cansado, me dice que lo hace porque su hijo necesita ese apoyo.

**Chela:** *“Yo tengo que cocinar, pero no lo hago siempre, a veces Aimar come afuera, sabe cuándo me siento un poco mal. Pero yo limpio, no tengo problema, solo no puedo hacer mucha fuerza”*

Chela tiene el diagnóstico de artritis reumatoide desde hace 23 años. El proceso de cómo lidiar con esta enfermedad ha ido cambiando con el tiempo. Actualmente, aunque aún sigue siendo retadora, ella muestra un cierto empoderamiento frente a esta situación.

**Chela:** *“Mis vecinas cuando se sienten mal, vienen y me preguntan, yo les pregunto que les duele que síntomas tienen y de ahí les digo que pueden hacer, ya parezco doctor yo”*

En el hospital en el que se atiende, ha logrado hacer denuncias y reclamos para pedir medicamentos y mayor personal para el área de reumatología. Asimismo, las interacciones que tiene en este espacio con los demás pacientes le permiten compartir su experiencia y brindar recomendaciones para el cuidado de las personas que padecen esta enfermedad. Cuando me habla de ello, percibo orgullo sobre sí misma. Sin embargo, la huella emocional que ha dejado la enfermedad en ella aún parece muy presente; los sentimientos de frustración e ira.

#### **4.3. Discursos sociales de la maternidad en la decisión de ser madres y la crianza**

Este apartado intenta explicar sobre las circunstancias que las mujeres atravesaron para llegar a la decisión de ser madres. Asimismo, los discursos que prevalecieron a nivel social e individual antes de convertirse en madres.

Aunque Erika, Chela y Adriana me expresaron que sí pensaron en la idea de ser madres durante su juventud, ellas se enfrentaron a distintos discursos y narrativas; sus experiencias previas condicionaron en cierta medida esta decisión, que no fue del todo voluntaria, sino se podría decir que fue más circunstancial. Exactamente en el caso de Erika y Chela, fue una situación que se presentó como consecuencia de otra; mientras que Adriana sí tomó una serie de acciones directas para ser madre.

Adriana no puede explicarme con claridad de dónde surgió su deseo de convertirse en madre, simplemente me dice que siempre lo quiso así.

**Adriana:** *“siempre quise ser mamá, para mí no había otro plan [...] yo creo que quería ser mamá, en parte, porque cuando fui niña yo tuve un episodio de violencia sexual y yo quería tener una hijita para siempre protegerla y no dejar que nada le pasé”*

Al tener un problema de fertilidad, Adriana tuvo que someterse a un tratamiento médico para ser madre, postergando su formación profesional pese a la disconformidad de su madre. Aunque tenía 20 años, me cuenta que siempre se sintió segura de esa decisión; a pesar de que las personas a su alrededor no tenían una buena percepción de esta situación porque para ellos, aún era joven y no tenía sus estudios terminados. Adriana considera que muchas personas podrían pensar en su maternidad como un error. Aun así, la idea sobre la familia que quería construir prevalecía por encima de esos comentarios, es por eso que, un tiempo después decide someterse a otro tratamiento de fertilidad para tener un segundo hijo, a pesar de vivir una relación de violencia con su pareja. Adriana quería redimir, por decirlo de manera más clara, el divorcio de sus padres, siendo madre ella tendría la oportunidad de tener su propia familia unida y tradicional.

En el caso de Chela, me cuenta que desde los 19 años pudo trabajar y con el tiempo tener su propio salón de belleza, esta situación le permitió tener independencia económica y al ya no estar sometida a los maltratos de su hermano y su madre pudo salir con sus amigas, ir a fiestas y divertirse. Como ella me dice pudo *“vivir su vida”*. Al cumplir 29 años recuerda que familiares y amigos cercanos repetían un discurso acerca de la maternidad

**Chela:** *“Mis primos, mi familia a veces me decían ¿quién te va a cuidar cuando te hagas mayor?, te vas a quedar sola, y yo pensaba que si pues ¿no?, debería tener un hijito”*

Después de experimentar su independencia, Chela consideraba que ya era prudente que ‘sentara cabeza’, además sí había considerado la idea de ser madre y no estaba en total desacuerdo con lo que le decían. Chela tenía como prioridad tener una pareja para consolidar proyectos económicos y convertirse en madre. Es por ello que cuando

descubrió la infidelidad de su pareja cuando se encontraba gestando, refiere que sintió dolor, pero por encima de ello prevalecía la idea que tendría un hijo y decidió criarlo en autonomía.

Erika se casó a los 25 años y entendió que como consecuencia ‘natural’ se convertiría en madre y no le disgustaba esa idea. Lo que no le gustaba era la idea de tener más de dos hijos, había reconocido en su madre una maternidad con muchos hijos y supo que esto implicaba mucho trabajo, más del que ella quería experimentar. A los 27, se embarazó de Fernando y cuando se enteró del diagnóstico de parálisis cerebral de su primer hijo encontró mucha empatía y soporte en las madres que iba conociendo en las citas médicas y terapias. Erika recuerda que dentro de su familia y entorno cercano existía desconocimiento respecto a la circunstancia que enfrentaba por lo que enfrentar la cotidianidad era un verdadero reto. En cambio, al encontrarse con mujeres que tenían hijos con condiciones similares al suyo, le permitió facilitar su vida diaria en cuanto a su crianza.

La narrativa de cada una refleja cómo los discursos sociales y las experiencias personales moldearon sus decisiones y percepciones sobre la maternidad. Adriana, motivada por su deseo de protección y redención familiar, Chela, influenciada por la independencia económica y las expectativas sociales, y Erika, con la "naturalidad" de la maternidad dentro del matrimonio, enfrentaron retos y situaciones únicas en su camino hacia la maternidad.

## **CAPÍTULO 5.- IMPACTO DEL ENTORNO SOCIAL EN LA SALUD MENTAL Y MATERNIDAD DE LAS MUJERES**

Este capítulo busca evidenciar cómo las condiciones materiales que atravesaron y atraviesan las mujeres impactan en sus maternidades y su salud mental. La exploración se centra en las diversas experiencias y desafíos que enfrentan las madres en contextos socioeconómicos variados, y cómo estos factores influyen en su bienestar emocional y psicológico. Se analiza cómo la estabilidad económica, el acceso a servicios de salud y el apoyo social son determinantes cruciales en la calidad de vida de las madres. La falta de recursos puede aumentar el estrés y la ansiedad, afectando negativamente la salud mental. Por otro lado, un entorno favorable y recursos adecuados pueden facilitar una maternidad más equilibrada y menos estresante. Además, se discuten las estrategias de afrontamiento que desarrollan las mujeres en respuesta a sus circunstancias, y cómo estas estrategias impactan su capacidad para cuidar de sus hijos y de sí mismas.

### **5.1. Trastorno afectivo y diagnóstico de depresión**

El trastorno afectivo diagnosticado en la mayoría de las mujeres que fueron parte de la investigación fue la depresión. En el caso de Chela, Erika y Desiré en algún momento consideraron el suicidio como una alternativa para la crisis que atravesaban, pero no concretaron ninguna acción. En el caso de Adriana y Viviana, sí tuvieron un intento de suicidio, la primera nunca fue internada por esta razón, mientras que Viviana pasó un par de meses hospitalizada en el área de psiquiatría.

Por otro lado, esta condición se encuentra en un nivel en el que no es incapacitante para que puedan trabajar o vivir solas, aun así, puede presentarse en mayor o menor intensidad y representar una dificultad para el bienestar de estas mujeres, aunque no sea percibido o validado por el entorno social. El trastorno afectivo de este grupo de mujeres no solo convive con el estigma general que podría existir alrededor de las enfermedades mentales, sino también se ubica en un umbral, ya que no requiere atención médica urgente como el caso de la esquizofrenia, lo desemboca en una tensión que se asume como única responsabilidad de las mujeres.

En las conversaciones con Chela, pocas veces se ha mencionado la palabra depresión, sin embargo, cuando me explica el posible origen de su artritis reumatoidea, se refiere a que la enfermedad la atacó por sufría de los “nervios” cuando le repregunté a qué se refería cuando me decía eso, me respondió:

**Chela:** *“Es que yo me preocupo siempre por los demás y lloro demasiado y luego me enojo. [...] yo pensaba, mejor me tomo lejía para ya no sentir este dolor (físico)”*.

Respecto a su maternidad, cuando su hijo nació ella fue diagnosticada de la artritis reumatoide, tuvo que maternar sin la presencia del padre de su hijo y sin círculos de soporte amicales o familiares y por último no tenía seguridad económica ya que había dejado de trabajar por toda esa reciente situación. En el discurso de Chela, a pesar de referirse a la depresión como “nervios”, reconoce que probablemente el origen de su trastorno puede deberse a distintas circunstancias que la sobrepasan; como la violencia que sufrió cuando era adolescente, la falta de una alimentación balanceada y las limitaciones físicas que le genera la artritis reumatoidea. Actualmente, las emociones de frustración y tristeza surgen cuando ella no puede hacer alguna actividad ‘*como la hacía antes*’. La figura médica para tratar el trastorno afectivo surgió en el contexto de su otra enfermedad, los doctores en ese momento consideraron que el acompañamiento psicológico era necesario para recibir la noticia de que tenía una enfermedad incurable, “*en ese momento me dijeron que debía estar tranquila, que no debía llorar porque si no, no me podían dar de alta*”. Atravesar esa etapa fue la más crítica respecto a su salud mental, fue en ese momento en el que pensó que el suicidio sería un alivio para sus dolores físicos, pero decide ir al psicólogo y le cuenta sus intenciones

**Chela:** *“En ese momento el doctor se enojó, me gritó, me dijo que como pensaba en hacerle eso a mi hijo, que culpa tenía el bebé para qué lo había traído al mundo. Me dijo que esté tranquila y que no pensara en eso”*

Ella me cuenta que finalmente no lo hizo, porque pensaba en su bebé. Por encima de todo Chela quería ser madre. Es posible, que precisamente la gestación haya sido uno de los motivos por lo que su artritis reumatoide se manifestó luego del parto, al estar expuesta a cambios hormonales la enfermedad se podría manifestar como mayor crudeza.

Actualmente visita ocasionalmente al psicólogo de la posta médica cerca a su casa, a través del SIS, por lo que el servicio resulta gratuito. Me dice que se siente bien cuando puede conversar y recibir consejos.

Antes de terminar este apartado sobre Chela, me parece necesario contar mi experiencia como investigadora ya que podría ser un aporte metodológico. Antes de iniciar el trabajo de campo conocía la condición física de Chela, sin embargo, desconocía el gran impacto que había tenido en su salud mental. En el entremedio del trabajo de campo, fui diagnosticada precisamente con artritis reumatoidea inicial, situación que al igual que Chela, terminó detonando mi salud mental, los dolores físicos, acompañado de los cambios en la rutina y la idea de un futuro catastrófico; fueron claves para que mi depresión llegara a un nivel de moderada-grave. Iniciar un tratamiento psiquiátrico fue determinante para mi mejoría. Al retomar el trabajo de investigación, consideré necesario contarle un poco de esta experiencia a Chela, hacerlo permitió que nuestra relación de confianza pudiera consolidarse, Chela se mostró más segura y logró compartirme muchos más detalles de sus memorias; por mi lado, tuve una perspectiva de mayor empatía y entendimiento respecto a lo que Chela podría haber sentido, sin duda me permitió ampliar mi postura respecto a la inicial.

En cuanto a Erika, el evento que detonó su trastorno afectivo fue el diagnóstico de parálisis cerebral de Fernando. Me dice “*caí en depresión*” y debido a la impresión recuerda que se le paralizó la mitad del cuerpo. La emoción que sintió con mayor frecuencia durante esa etapa fue la culpa, sentía que en su cuerpo algo había fallado y esa era la razón por la que su hijo había nacido con esa condición. A consecuencia de esta situación, considero que el suicidio podría ser una solución:

**Erika:** “*me sentía como en un cuarto donde todo era oscuro, no había solución [...] En mi cabeza ya sabía cómo iba a hacer, tomaría veneno y mis hijos también. ellos no podían crecer sin su mamá. Ni Fernando, ni Alonso*”.

Para Erika todo sucede por alguna razón, porque al día siguiente de considerar esta idea, recibe una visita que le da cierta tranquilidad y disuade su plan inicial. A partir de entonces, decide acudir a un psiquiatra que le permitió aliviar la culpa que sentía y entender que realmente no había sido su responsabilidad. Me cuenta que solo fue una temporada, y aunque no ha vuelto a ir, la ayudó mucho a entender su situación. Además,

mientras Erika lidiaba con la condición de su primer hijo, el segundo, necesitaba también cuidados al ser un bebé:

**Erika:** *“yo tenía una responsabilidad con el otro bebé y por eso no podía estar lamentándome”.*

Durante nuestras primeras entrevistas Erika mostró una posición positiva frente a la importancia de la salud mental, sin embargo, marcaba una cierta distancia en cuanto a lo que ella hubiera podido experimentar. Para que pueda compartirme sus emociones y sus intenciones de suicidio, tuvo que pasar un tiempo para tener la suficiente confianza. Inicialmente ella me decía:

**Erika:** *“O sea que he tenido depresión posparto, no he tenido tiempo para tener depresión posparto. No la he sentido porque tenía un hijo, ya nació el otro, ya entonces como que tienes que continuar, no te queda otra, ¿no?”*

Actualmente, ella se encuentra en una situación estable respecto a su trastorno afectivo. No ha vuelto a tener una crisis severa. Sin embargo, sí reconoce que existen días en los que se siente triste o frustrada, que siente ganas de llorar y que se aburre de cuidar a Fernando, pero otros -que son la mayoría, según Erika- son días buenos y puedo percibir honestidad en sus palabras, porque ella tiene la oportunidad de poder tener espacios fuera de esa rutina que le permiten mantener su bienestar mental. Salir con sus amigas, cuidar su aspecto físico, poder comprar cosas que le gustan, tener tiempo y espacio para que mientras este en casa pueda ver televisión. Además, Erika tiene seguridad económica, lo que también garantiza su bienestar.



**Imagen 7** Erika y sus amigas, minutos antes de irse se viaje  
(Imagen utilizada con su autorización)

Fuente: Registro propio durante el trabajo de campo

Finalmente, en cuanto a Adriana, como lo explique en el capítulo 5, su estado anímico tuvo distintos momentos de crisis graves, asociados a su proceso de maternar y la idea de familia que tenía idealizada. A pesar de ello, cuando hablamos de la presencia de un trastorno afectivo, no siempre surge a consecuencia de un diagnóstico médico o psicológico, ella me refiere que se ha '*sentido*' deprimida en momentos anteriores al diagnóstico. Por ejemplo, ella siente que entró en depresión cuando estaba con seis meses de gestación y su novio inició una relación con otra mujer, me cuenta que tenía episodios de llanto, no comía y dormía bien: "*me despertaba llorando, todo era llanto, un día mi papá me metió a la ducha con ropa y todo, porque no me bañaba*". La segunda vez que en nuestras conversaciones hizo referencia a que se sentía deprimida, fue cuando perdió a su segundo hijo. Durante el sexto mes de gestación, me cuenta que tomaba pastillas para dormir y tenía lagunas mentales durante esa etapa, sin embargo, no visitó a un psicólogo o psiquiatra, lo que finalmente detono en su tentativa de suicidio. Eso, sumado a la pérdida de su hijo Adriano la llevó a decidir terminar su relación de pareja. Aun así, hasta el momento no había visitado antes a un psicólogo. Finalmente, muchos años

después, a consecuencia de un problema con su familia materna y el impedimento que tiene para visitar a su abuelo -una figura representativa para ella- debido a una orden de alejamiento, es que visita a un psicólogo, porque el proceso legal en el que se encontraba solicitó atención psicológica para ella. La madre de Adriana cree que las enfermedades de la salud mental son una cosa de voluntad, no cree en psicólogos; quizá puede ser una de las razones por las que Adriana no fue hasta después de muchos episodios traumáticos, a terapia.

## **5.2. Relaciones sociales y discursos en torno a la salud mental**

En este apartado pretende explicar la manera en que sus relaciones sociales (familiares, amicales y sexoafectivas) y los discursos que las rodeaban, impactaron en su salud mental, ya sea en la mejoría o deterioro de su trastorno afectivo. Incluso en la identificación y la posibilidad de un tratamiento óptimo.

En el caso de Adriana, a pesar de que atravesó situaciones emocionales impactantes como la pérdida de su segundo hijo o la separación de su pareja producto de una infidelidad, no visitó a un médico especialista hasta mucho tiempo después a consecuencia de un problema de su familia primaria. Adriana recuerda que su madre tenía una posición particular respecto a las enfermedades o trastornos mentales.

**Adriana:** *“Mi mamá decía que los problemas mentales simplemente no existían, creo que es una de las causas por las que yo no fui a un psicólogo”.*

Esta narrativa repercutió en su salud mental y física. Adriana reconoce muchos momentos en los que se sintió deprimida; sin embargo, no recurrió a un especialista que pudiera orientarla y tratarla en ese momento de su vida. Incluso después de perder a su segundo hijo, intentó suicidarse tomando pastillas y tuvo que ser sometida a un lavado gástrico, pero no fue internada por la crisis mental que atravesaba y tampoco fue atendida por un especialista. En el tiempo que duraron nuestras entrevistas no visitó a un especialista, sin embargo, sí experimentaba emociones como la frustración y el estrés, en algún momento conversamos sobre su posibilidad de ir con un psicólogo, sin embargo, aunque reconoce que si lo considera es difícil porque tiene otras prioridades económicas.

Aunque ahora no señala sentirse deprimida, asumir toda la responsabilidad de la crianza de su hija implica una gran carga mental para ella, tiene constantes sentimientos de culpa y frustración porque siente que no puede darle a su hija el tiempo que necesita para el juego y la recreación. Aunque no fue clara en señalarme narrativas de su entorno, respecto a esta situación en particular, ella cree que tiene que hacer todo lo posible para hacer que la vida de su hija este bien, incluso por encima de ella.

En cuanto a Chela, ella se muestra abierta a temas sobre la salud mental, en una de nuestras reuniones un vecino llegó a su peluquería para solicitar un corte de cabello. Mientras Chela lo hacía, su vecino le relataba cómo su enfermedad física había impactado en su salud mental y la forma en que siente la comprensión de su esposa. El relataba con cierto detalle acerca de sus emociones. Comparto un fragmento de su conservación:

**Chela:** *Si pues, es necesario ir al psicólogo.*

**Vecino:** *Sí, para mí ha sido difícil, pero ahí me apoya me entiende porque a veces es complicado.*

**Chela:** *Yo pienso que en todas las postas debe haber un psicólogo porque es necesario, ¿tú qué crees?*

**Vecino:** *si pues.*

Precisamente, Chela visita a un psicólogo de la posta de Porvenir Miraflores, que queda muy cerca de donde vive. Me cuenta que se siente bien, escuchada y que recibe consejos que la ayudan. Experimentó un momento difícil cuando nació su único hijo y semanas después fue diagnosticada con artritis reumatoide, experimentar la maternidad y los estragos de su enfermedad fue un golpe emocional por lo que tuvo visitas con un psicólogo ya que tenía ideas suicidas. Durante este episodio ella recuerda una conversación con el psicólogo que la atendió.

**Chela:** *“El doctor me dijo que piensen en lo que quiero hacer, que le habían dicho que quería morirme, me dijo ‘para qué traes a este niño al mundo si lo vas a hacer sufrir, no puedes hacer eso’ y sí pues, tenía razón”*

No puedo determinar qué tipo de terapia proponía el psicólogo, pero aún se evidencia el mandato de sacrificio dentro de la maternidad en su discurso. Chela atravesaba un

momento difícil de su vida y aun así debía mantenerse totalmente bien por su hijo. Chela no me refiere a que otro miembro de su familia vaya a terapia, es más, otros factores que merman su salud mental es la relación con sus hermanos, de quienes siente un aprovechamiento porque ella se muestra dispuesta a prestarles dinero, atender a sus padres y ocuparse de ciertas tareas de su familia primaria.

Respecto a Erika el momento determinante para que se resquebrajaba su salud mental fue cuando se enteró de la condición de parálisis cerebral de su hijo Fernando quien tenía un año y también se encontraba Alonso de unos meses de nacido. Erika recuerda sentir mucha culpa, pensaba que ella había provocado una situación así.

**Erika:** *“Si yo tenía un cuerpo sano, ¿qué pasó?, no fumaba, no tomaba, no digo que esté mal, pero ¿qué pasó con mi cuerpo?”*

Estas preguntas la llevaron a considerar el suicidio, no podía observar el futuro sin pensar que esto afectaría mucho la vida de su familia y especial la de Fernando. Sin embargo, desistió porque decidió visitar a un psiquiatra que, en sus palabras, la ayudó a entender que no era su culpa y le permitió transitar ese momento. Actualmente ella no visita a un especialista en salud mental, reconoce que tiene días que no son tan buenos, pero generalmente se siente bien y tranquila. Además, tiene el apoyo de su esposo, aunque me refiere que, para él, el hecho de que Erika cuente sus intenciones de suicidio le genera un poco de incomodidad debido a que pertenece a una situación íntima familiar, sin embargo, ella me refiere que es necesario contarlo porque en las visitas médicas que debía hacer con Fernando, coincidió con mujeres que atravesaban situaciones similares a las de ella y saber que tienen esos pensamientos y que son compartidos, es aliviador.

En cuanto a Viviana, cuando ella estuvo internada en un centro psiquiátrico debido a su intento de suicidio, tuvo un gran soporte de su madre, quien había padecido depresión postparto y aunque su relación fue generalmente ambivalente durante esa etapa me dice que fue *“incondicional”*. De todas las mujeres, la familia de Viviana tiene una mayor predisposición a los temas de salud mental por los antecedentes que presentan, pero, aunque presenta esa inclinación no concientiza totalmente el impacto que tiene en la vida cotidiana de ella. Por eso, aún siente momentos en lo que experimenta soledad. Por otro lado, Desiré que es la única psicóloga del grupo, tiene muchas reflexiones acerca de su

depresión y puede identificar ideas como que está bien sentirse mal, sin embargo, en su familia no percibe esa validez respecto a su condición, quienes creen que es más una cuestión de voluntad. Además, al materner en soltería, antepone otros muchos gastos a su terapia o medicación, por lo que experimenta momentos largos de tristeza y cansancio.

Estas historias reflejan la necesidad de un enfoque integral y empático hacia la salud mental materna. Es importante resaltar la importancia de crear redes de apoyo y servicios accesibles que reconozcan y aborden las realidades particulares de las madres. Quienes, en la mayoría, sobre todo de este grupo, asumen casi la total responsabilidad del cuidado de sus hijos. Por ende, cargan con los mandatos sociales de la maternidad y estos se ven exponenciados por su trastorno afectivo. Asimismo, tener acceso a terapias que les permita llevar su condición de manera digna, ya que también muchas de ellas materner en soltería por lo que priorizan los gastos y el bienestar de sus hijos y los demás, antes que el suyo.



## CAPÍTULO 6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

En este capítulo reflexiono sobre las experiencias de las mujeres que fueron parte del grupo de estudio. La forma en que los discursos sobre la maternidad y la salud mental influyeron en sus procesos individuales de maternar. Asimismo, la importancia social que involucra la maternidad, aunque es una situación particular para cada mujer, los elementos que la rodean pueden ser determinantes en cuanto a su salud física y mental. En este sentido, las maternidades en soledad terminan siendo una dificultad que requiere la intervención social y política para que en las madres no recaiga toda la responsabilidad del cuidado de sus hijos.

- Aunque los procesos de maternar padeciendo un trastorno afectivo no son tan distintos a maternar sin esta condición, ya que comparten los mismos mandatos acerca de ella y las expectativas personales son similares. La tensión surge en cuanto a la aparente imperceptibilidad del trastorno para el entorno social y la propia mujer, ya que el grado de esta condición no es grave ni permanente, y cuando se presentan los factores que desencadenan una crisis no existe un mayor análisis o consideración del trastorno en sí, por el contrario, surge un bloqueo con el pensamiento de: *“tengo que estar bien por mis hijos”, “ellos me necesitan”*, cuando muchas veces las razones escapan de su propia voluntad. En el caso de Erika, por ejemplo, presentaba un cuadro depresivo severo porque se había enterado que su primer hijo tenía parálisis cerebral, tenía pensamientos suicidas y profunda tristeza, aunque tuvo un tratamiento psiquiátrico, cuando rememora este episodio me dice *“no tenía tiempo para estar triste, tenía otro bebé que necesitaba de mí”*, haciendo referencia a su segundo hijo. Este episodio sin duda representaba una mayor dificultad, porque por encima de la conmoción que le provocó esta noticia y las emociones que desencadenaron, Erika sentía profunda culpa y esta situación provocaba discusiones con su esposo.
- Los trastornos afectivos potencian las sensaciones que tienen las mujeres al enfrentar dificultades de su vida. Por ejemplo, en el caso de Chela, tener el

diagnóstico de la artritis reumatoidea con su hijo apenas nacido, desencadenó muchas situaciones en las que se sentía desesperada por el llanto de su bebé, porque tenía que asumir la maternidad en soledad, porque no tenía una red de apoyo sólida. Su trastorno afectivo sumado a todas las circunstancias que la rodeaban terminó deteriorando su salud física y la hizo cuestionarse acerca de su capacidad de materner. Es decir, los trastornos afectivos al ser poli factoriales no determinan por sí solos los procesos de materner, pero sí son un condicionante que representa un mayor grado dificultad para las mujeres. Más aún cuando estos procesos se desencadenan cuando inicia su maternidad.

- La investigación me ha permitido confirmar que las maternidades son un proceso dinámico que van cambiando con el paso del tiempo y debido a diversos factores. Por ejemplo, la edad de las mujeres y los hijos, que según van creciendo sus necesidades respecto a sus madres, van cambiando. Incluso si la condición física de un hijo no permite que este tenga un desarrollo ‘usual’, como el caso de Erika; a pesar de que ella continúa siendo la principal cuidadora de su hijo Fernando, el tiempo que le dedica es menor, porque dentro de su condición él ha ido aprendiendo a coger las cosas y comunicarse bajo ciertos códigos. Además, que la percepción que ella tiene acerca de su hijo por encima de su parálisis cerebral permite que la carga mental pueda ser menor en ella. Por otro lado, las maternidades no se reducen al proceso físico del embarazo o el proceso de crianza durante la infancia; implican también la idea del futuro como en el caso de Erika, que se pregunta, ¿qué pasará con Fernando, si ella muere?, ¿quién lo va a cuidar? O respecto a Chela, que manifiesta no querer morir si su hijo no está casado y tiene su propia familia.
- Están vigentes algunos discursos de la maternidad como que el “*amor se aprende de la madre*”, pero en la práctica existen un reconocimiento de las desigualdades a las que las madres están sometidas y las necesidades que como mujeres tienen. Sin embargo, esta idea inicial, puede repercutir en la percepción que tienen sobre sus propias maternidades, como en el caso de Paola, quién siente que no pudo ser una madre muy buena, porque precisamente su madre no le enseñó.

- En cuanto a los círculos sociales que ayudan en las crianzas, son necesarios para ejercer una maternidad que sea saludable emocionalmente para las mujeres. Prescindir de estos, podría provocar sentimientos de culpa, tristeza, soledad y aislamiento ya que no se sienten capaces de asumir con todo lo que implica el cuidado de sus hijos; es decir, si tienen alguna condición física, deben maternar en soledad y encima tienen un trastorno afectivo, es lógico que el no tener ayuda influya en su bienestar. Además, las mujeres madres que se encuentran alrededor, no solo se muestran como una red de soporte, también son fuentes de información en la cotidianidad de crianza como en el caso de Erika, que no pudo notar que algo sucedía con su hijo hasta que sus cuñadas o amigas le informaron que es posible que estuviese ocurriendo algo con el desarrollo de su hijo y esto le permitió ser incisiva con el pediatra de Fernando. Por otro lado, Chela manifiesta que cuando dio a luz, no sabía qué es lo tenía que hacer después cómo: en qué momento darle de lactar a su recién nacido, si debía dormir y cuánto tiempo; esto puso en riesgo a su bebé al no recibir alimento e hizo que el personal médico que la atendía le reprochara su actitud, pero ella me revela que simplemente nadie se lo había dicho antes. Este episodio la alteró emocionalmente.
- Una paternidad activa podría reducir el impacto negativo en la salud de las madres, no solo física sino mentalmente. En los casos estudiados se puede observar que asumir la carga total del cuidado de los hijos despierta un sentimiento de insuficiencia respecto a su rol como madres porque se sienten cansadas o porque no tienen el suficiente dinero para cubrir todas las necesidades de sus hijos. Por el contrario, cuando tienen responsabilidades compartidas en la crianza, las mujeres pueden enfocarse en sus proyectos de vida o actividades recreativas que las hagan sentir bien. Una paternidad activa le permite a las mujeres tener espacios para salir de su maternidad sin la preocupación o la culpa de que están fallando a sus hijos.
- En los casos estudiados, el trastorno afectivo se diagnostica, en su mayoría, después de convertirse en madres. Sin embargo, existe un contexto del que no se habla de manera directa sobre las causas de este trastorno como la violencia familiar y sexual, antecedentes médicos en la familia, la falta de recursos

económicos y otras enfermedades que también van mermando en la salud mental de las mujeres desde las infancias. Por ello resulta importante, resaltar nuevamente que los trastornos afectivos son multifactoriales y que por ello no se manifiestan de la misma manera en todas las mujeres.

- Cuando se habla de la presencia de la enfermedad no siempre surge desde el diagnóstico médico, se manifiesta que han ‘*sentido*’ en momentos anteriores al diagnóstico oficial. Por ejemplo, Adriana siente que entró en depresión cuando estaba con seis meses de gestación y su novio inició una relación con otra persona, manifestaba cansancio excesivo, tuvo una pérdida del sentido de la vida, tenía tristeza y pasó mucho tiempo para tener un diagnóstico oficial sobre su trastorno. Por otro lado, Chela se refiere a su trastorno afectivo como “*los nervios*” antes de visitar a un psicólogo. Esto me permite reflexionar que, aunque el filtro médico es necesario, por diversas razones el acceso a este puede ser tardío y aunque las mujeres experimenten los síntomas de un trastorno afectivo, este no puede ser atendido y prolonga el malestar de las mujeres.
- La investigación me permite señalar que solo el amor maternal no es suficiente para ser una “*buena madre*”, lo que para las mujeres entrevistadas significa tener tiempo de calidad con sus hijos o cubrir con total disposición sus necesidades materiales. Tener recursos económicos es necesario para maternar mejor, el amor está intrínsecamente asociado a las propias circunstancias por lo que, si una madre tiene muchas cosas urgentes por resolver, no puede estar pendiente de otras cosas que también son importantes.
- Las narrativas de la maternidad conviven con otras y no son excluyentes. Por ejemplo, las creencias acerca de lo que se piensa es una buena familia, expuso a Adriana a relaciones violentas bajo la premisa que quería tener una familia y no fallar como sus padres. Pueden parecer contradictorios, sin embargo, responden al dinamismo que tienen los procesos de maternidad.

Autoras citadas previamente han evidenciado la presencia de la figura de la Virgen María en los imaginarios de la maternidad como un modelo a seguir. Sin embargo, en las entrevistas realizadas para esta investigación no se identificó

una tendencia clara en este sentido. Si bien algunas participantes mencionaron su creencia en Dios y en la religión católica, no hicieron referencia explícita a la Virgen María como figura ejemplar.



## RECOMENDACIONES

A partir de las conclusiones obtenidas en la presente investigación, se plantean las siguientes recomendaciones dirigidas a instituciones, profesionales y a la sociedad en general, con el fin de contribuir al bienestar de las madres y la construcción de entornos más equitativos:

- Fortalecer la atención en salud mental materna mediante programas de detección temprana y acompañamiento psicológico en etapas de embarazo y posparto.
- Impulsar redes de apoyo comunitario y familiar que reduzcan la carga de la maternidad en soledad y promuevan la corresponsabilidad paterna en la crianza.
- Promover un cambio cultural y social que reconozca la diversidad de experiencias de maternidad, alejándose de mandatos rígidos y estigmas que afectan el bienestar de las mujeres.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ardevol, E. (2006). La búsqueda de una mirada. Antropología visual y cine etnográfico. Barcelona: Editorial UOC.
- A Kohrt, B. y Mendenhall, E. ed. (2019) Global Mental Health. Anthropological Perspectives
- Abdala, L. (2019). La crianza natural: una solución biográfica frente a la desfamiliarización y mercantilización del cuidado. ANTHROPOLOGICA/AÑO XXXVII, N° 43, pp. 107-132  
<https://doi.org/10.18800/anthropologica.201902.005>
- Avolio, B., & Moreno, M. (2023). Analysis of sex, age and socioeconomic differences in intimate use: evidence from a Latin American country. Community, Work & Family, 1–27. <https://doi.org/10.1080/13668803.2023.2175643>
- Badinter, E. (1981). ¿Existe el instinto maternal? Historia del instinto maternal, Barcelona: Paidós. (Obra original publicada en 1980).
- Bruun, M. (2023). “Mental Health”. In The Open Encyclopedia of Anthropology, edited by Hanna Nieber.: <http://doi.org/10.29164/23mentalhealth>
- Barceló Tous, M. I., (2016). Un camino hacia la maternidad pospatriarcal. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, 11(1), pp. 131-152.  
Un camino hacia la maternidad pospatriarcal ([redalyc.org](http://redalyc.org))
- Bôas M. y Pimenta A. (2009). Las mujeres portadoras de trastornos mentales y la maternidad. Revista Enfermagem . 17(5).  
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/PmWnSN7qgNJCGrGXXKr7GxMs/?format=pdf&lang=es>
- Barrantes, K. y Cubero, M. (2014) La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. Revista Wimblu. Vol. 9(1), pp. 29-42.
- Beauvoir, S. (1949). El segundo sexo. México: Editorial Cátedra.

- Cañero Ruiz, J. (2022). «El debate naturaleza-cultura en la relación conflictiva entre maternidades y feminismos», *Tercio Creciente*, pp. 295-309.  
<https://dx.doi.org/10.17561/rtc.extra6.7197>
- Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad*. Barcelona: Editorial.
- Chopita, G., Kopelovich, M., Parra, L. (2015). Las psicosis y el derecho a la maternidad. *Revista del Colegio de Psicólogos*; año VIII, no. 29, pp. 25-27.  
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/119422>
- Coo Calcagni S, Mira Olivos A, García Valdés M, Zamudio Berrocal P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes pediátr. Vol y N° 92(5)*, pp. 724-732.
- Carreño A, Cabieses B, Obach A, Gálvez P y Correa M. (2022). Maternidad y salud mental de mujeres haitianas migrantes en Santiago de Chile: un estudio cualitativo. *Revista Castalia N° 38*, pp. 79-97.
- Carro, T., Hernández, J., Ladrón, E., Antolín, E. (2000). Trastornos del estado de ánimo en el postparto. *Rev Med Gral. N° 24*, pp. 452- 456.
- De Giorgi, Ana Laura. Entre el pasado y el presente. Entre lo personal y lo político: Narrativas y apuestas de las ex presas políticas en Uruguay. *Revista Tempo e Argumento*, Florianópolis, v. 7, n. 15, p. 202–228, 2015. DOI: 10.5965/2175180307152015202. Disponible en:  
<https://revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180307152015202>. Acceso em: 28 nov. 2023.
- Di Liscia, María Herminia. (2007). Género y memorias. *La aljaba*, 11, 141-166.  
Recuperado en 28 de noviembre de 2023, de  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1669-57042007000100007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-57042007000100007&lng=es&tlng=es).
- ESSALUD AREQUIPA (2022), EsSalud Arequipa informa que la depresión es el primer trastorno de salud mental. Recuperado de:  
<http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-arequipa-informa-que-la-depresion-es-el-primer-trastorno-de-salud-mental>

- Elizalde, I. (2022). Maternidad y padecimiento mental: Reflexiones desde el Trabajo Social. Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social" .Año 12 - Nro. 24 pp. 73-80.
- Eyzaguirre Flores, S. M., & Rolleri García, J. A. (2022). Brechas de género en la producción audiovisual cinematográfica peruana. La experiencia de las productoras limeñas. *Contratexto*, N° 038, pp. 179-203. <https://doi.org/10.26439/contratexto2022.n038.5765>
- Friedan, B. (1965). *La mística de la feminidad*. Barcelona: Editorial Sagitario.
- Fuller, N. y Ruíz-Bravo, P. (2019). ANTHROPOLOGICA/AÑO XXXVII, N° 43, pp. 5-15  
<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/article/view/21544/21200>
- Flores, L.; Tena, O. (2014). Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: un tejido en tensión. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, núm. 50, septiembre, 2014, pp. 27-42. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Quito, Ecuador
- Goffman, Erving (2001). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, S., (2003). Los oficios de la maternidad Una mirada desde la antropología médica. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (13), pp. 200-203.
- Gómez, M. (2002). Patología psiquiátrica en el puerperio: psicosis puerperal. *Revista Neuro-Psiquiatría*. N° 65: pp. 32-46.  
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1505>
- Guzmán, P. (2013). *Filmar lo que no se ve*. Santiago: CULDOC
- Godelier, M. (2011). *The metamorphoses of kinship* (N. Scott, Trans.). Verso.
- Green, A. (1999). *The dead mother: The work of André Green*. Routledge.
- Jelin, E. (2020); compilado por Ludmila Da Silva Catela Marcela Cerrutti; Sebastián Pereyra. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. Libro digital, PDF - (Antologías)

- La Barbera, M. (2017). Interseccionalidad=Intersectionality. EUNOMÍA. Revista En Cultura De La Legalidad, 191-198.  
<https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/view/3651>
- Langdon EJ, Wiik FB, (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(3). pp. 178-185.
- Lévi-Strauss, C. (1969). The elementary structures of kinship (J. H. Bell & J. R. von Sturmer, Trans.). Beacon Press. (Original work published 1949)
- Molina, M. (2006). Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. PSYKHE, Vol.15, N° 2, pp. 93-103.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000200009>
- Matsumura, A. (2019). «Los niños aquí van solos al colegio». Maternidad en las encrucijadas de la migración de peruanas en Aichi, Japón. ANTHROPOLOGICA/AÑO XXXVII, N° 43, pp. 85-106 .  
<https://doi.org/10.18800/anthropologica.201902.004>
- Moncó, B. (2009). Maternidad ritualizada: un análisis desde la antropología de género AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, vol. 4, núm. 3.
- MINSA (2023). Problemas de salud mental se incrementaron hasta en 64 % en regiones afectadas por lluvias e inundaciones. Recuperado de:  
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/756407-problemas-de-salud-mental-se-incrementaron-hasta-en-64-en-regiones-afectadas-por-lluvias-e-inundaciones>
- Medina-Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol. Reprod. Hum. Volumen 27, Número 3 pp 185-193
- Maceira, M., Rivas-Quarneti, N., y García, N. (2018). “Yo lo parí y él me dio la vida”: estudio de la transición ocupacional vinculada a la maternidad de dos mujeres con trastorno mental. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 26(2), pp. 271–285.
- Masías M. y Arias, W. (2018). Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú . Rev Vol. 29, pp. 226-231. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3447>

- Ormart, E. (2020). Tensiones entre lo femenino y la maternidad en torno a las técnicas de reproducción asistida. Premio Facultad de Psicología. 2020. Universidad de Buenos Aires, pp. 61-83.
- Oviedo, G. y Jordán, V. (2006). Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica*. Vol. 47, pp. 131-40.
- Ortega, M y García, N. (2008). Cine directo: reflexiones en torno a un concepto. ISBN 978-84-96576-64-3. pp. 29-37
- Ojo Público. (2023, 26 de junio). Un dolor silencioso: Intentos de suicidio predominan en mujeres y jóvenes en Perú. Recuperado de <https://ojo-publico.com/4982/dolor-silencioso-intentos-suicidio-predominan-mujeres-y-jovenes>
- Palomar Vereá, C. Maternidad: Historia y Cultura. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, núm. 22, 2005, pp. 35-67. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México.  
<https://www.redalyc.org/pdf/884/88402204.pdf>
- Pink, Sarah. 2023. "Caminar con la cámara. El video como método de investigación etnográfica". *Maguaré* 37-1: 155-184. doi: <https://doi.org/10.15446/mag.v37n1.107568>
- Rich, A. (2019). *Nacemos de las mujeres, la maternidad como experiencia e institución*. España: Fabricantes de sueños
- Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental?. *Salud Mental*, vol. 37, núm. 4, pp. 275-281.  
<https://www.redalyc.org/pdf/582/58231853001.pdf>
- Rolfo, M.; Kohl, A.; Zapatel, J y Ferioli, D. (2013). Aspectos antropológicos en Salud Mental. *Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental - Volúmen XIX - N° 3*: pp. 113-117
- Ramos, R., Núñez, M., Piñeiro, S., Mella, S., García-Luengo, S., Currás, M., Viz, M. (2016) Maternidad y trastorno mental grave. *Norte de salud mental*, vol. XIV, n° 55, pp. 55-65.
- Rondón M. (2005). Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. *Acta Médica Peruana*; vol. XXII, núm. 1, 2005, pp. 15-18.
- Sarudiansky, Mercedes (2010). Un recorrido transcultural sobre la ansiedad. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII

Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.  
<https://www.academica.org/000-031/60>

Sales Gelabert, T. (2017). Repensando la interseccionalidad desde la teoría feminista. *Agora. Papeles De Filosofía*, 36(2). <https://doi.org/10.15304/ag.36.2.3711>

Sau, V. (2004). *El vacío de la maternidad / Madre no hay más que ninguna*. Barcelona: Icaria.

Sánchez, A. y otros (2023). El impacto del COVID19 sobre la salud mental de las y los jóvenes en el Perú. *Boletín de Políticas Públicas N.º14*. Lima Perú.  
<https://ninosdelmilenio.org/publicacion/boletin-de-politicas-publicas-n-o14-el-impacto-del-covid19-sobre-la-salud-mental-de-las-y-los-jovenes-en-el-peru/>

Schechner, R. (2000). *Performance, teoría y prácticas interculturales*. Argentina: Universidad de Buenos Aires.

Scheper-Hughes, N. (1997). *Muerte sin llanto: La violencia de la vida cotidiana en Brasil*. Editorial Ariel. Barcelona.

Saletti Cuesta, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Revista de Estudios de Género y Teoría Feminista* Núm. 7, pp.169-184  
<https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/2884595>

Seda, J. (2017). Maternidad en mujeres con discapacidad mental o intelectual: Conflictos jurídicos en torno a la adopción de sus hijos. *Descentrada. Revista interdisciplinaria de feminismos y género, En Memoria Académica*. Vol. 1, nro. 1pp. 1-11.  
[http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.7720/pr.7720.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7720/pr.7720.pdf)

Taylor, D. y Fuentes, A. edits. (2011). *Estudios avanzados de performance*. México: Fondo de Cultura Económica.

Taylor, D. (2012). *Performance*. Buenos Aires: Asunto Impreso.

Turner, V. (1987). "The Anthropology of Performance". New York: PAJ Publications.

Tubert, Silvia. (1996). *Figuras de la madre*. Madrid: Cátedra.

Vindas, A. (2010). Reflexiones sobre el ejercicio actual de la maternidad. Revista Costarricense de Psicología, Vol. 29, n° 43, 2010, 47- 55. / Universidad de Costa Rica

