



Candela Rocío **HEREDIA***

*: Doctora en Antropología por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (FFyL - UBA), Magíster en Antropología Social por la Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín (IDES-IDAES/UNSaM) y Licenciada en Trabajo Social por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (FSOC-UBA). Actualmente es becaria posdoctoral CONICET y docente a cargo de la materia Antropología en la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional Tres de Febrero (UNTREF). e-mail: candelarheredia@gmail.com

PRESENTADO: 10.05.24

ACEPTADO: 06.06.24

“LAS MALAS MADRES” EN TERRITORIOS URBANOS. REFLEXIONES SOBRE LA FEMINIZACIÓN Y LA MATERNALIZACIÓN DEL CUIDADO INFANTIL HOSPITALARIO

115

Resumen

El trabajo de cuidado es un trabajo subalternizado, infravalorado y de gran importancia para el sostenimiento de la vida en general. El objetivo del artículo es describir y analizar cómo circulan los mandatos y juicios hacia las mujeres madres (de barrios populares bajo pobreza persistente) con relación al cuidado que realizan; y analizar las relaciones entre las condiciones de vida de esas mujeres y el acompañamiento posible, en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires durante el año 2018. Para esto, se realizó trabajo de campo etnográfico. Se concluyó que en el hospital, institución del Estado, se producen micro-prácticas donde se despliegan construcciones simbólicas y culturales que redundan en una feminización y maternalización de los cuidados infantiles.

Palabras Clave: Cuidados; Género; Maternidades; Salud.

Summary

Care work is a subordinate work, undervalued and of great importance for the maintenance of life in general. The objective of the article is to describe and analyze how mandates and judgments circulate towards women mothers (from poor neighborhoods under persistent poverty) in relation to the care they perform; and analyze the relationships between the living conditions of these women and the possible accompaniment, in a public hospital of the Province of Buenos Aires during the year 2018. For this, ethnographic fieldwork was performed. It was concluded that the hospital, a State institution, produces micro-practices in which symbolic and cultural constructions are deployed, resulting in the feminization and maternalization of child care.

Key words: Care; Gender; Maternity; Health.

INTRODUCCIÓN

El cuidado es una categoría que viene siendo analizada desde distintas aristas y que hoy ocupa un lugar de importancia dentro de la agenda feminista, interesada en debatir la ocupación del cuidado y bogar por su visibilización, su reconocimiento y una redistribución más justa. Este texto se enmarca en ese debate para poder analizar las maneras particulares de cuidar en una institución sanitaria, los estereotipos de “buenas” y “malas” madres, las naturalizaciones de los roles asignados y las realidades con las que se acompañan los procesos de salud-enfermedad de niñas¹. El objetivo del artículo es describir y analizar cómo circulan los mandatos y juicios hacia las mujeres madres en una institución sanitaria en relación al cuidado infantil que realizan; y analizar las relaciones entre las condiciones de vida de esas mujeres y el acompañamiento posible, en el sector de hemato-oncología en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires durante el año 2018.

Se parte de reconocer la existencia de “regímenes institucionales de género” (Haney, 1996) en el hospital público: en esta institución del Estado se producen microprácticas en las que se despliegan construcciones simbólicas y culturales respecto al género. El Estado es una instancia de múltiples capas compuestas por un entramado de relaciones en las que aparecen tanto las ideologías de las instituciones como las biografías de quienes hacen a esas mismas instituciones; en este caso, nos referimos a una institución sanitaria de tercer nivel (hospital de alta complejidad), donde circulan estos regímenes haciéndose carne y práctica tanto en niñas, cuidadores como en profesionales de la salud. El foco está puesto, sobre todo, en los agentes estatales (equipos de salud) reconociendo su carácter reflexivo y la intervención de sus creencias que se concretan en intervenciones estatales que construyen determinados comportamientos o roles como legítimos o ilegítimos,

transformando o no las disposiciones formales de la ideología institucional (Haney, 1996).

Además, se comprende que “las prácticas de salud están impregnadas de los prejuicios y creencias culturales sobre lo masculino y lo femenino que se encuentran en la sociedad en la que se desarrollan y actúan” (Cabré i Pairet y Muñiz, 2013, 12)² y, para el caso de nuestra sociedad, podemos sostener que existe hegemoníamente una división sexual del trabajo dualista, caracterizada por el confinamiento de las mujeres a las funciones reproductivas y de crianza, naturalizando el lazo madre-hijo (Ortner, 1979). Por esta razón se ahonda en los modos en que operan estos prejuicios y creencias que toman estatus de regímenes institucionales en la salud pública.

Para registrar los discursos y prácticas del personal de salud principalmente, pero también los de las personas usuarias de la institución, se realizó trabajo de campo etnográfico. Los datos que aquí aparecen son parte de una investigación mayor —tesis doctoral (Heredia, 2022)— que indaga las vivencias del cáncer infantil. En esta oportunidad, sólo se presenta lo atinente al objeto del artículo: los mandatos hacia las mujeres madres de niñas con cáncer y su relación con el cuidado, sin dejar de ver las condiciones materiales de existencia de esta población. El trabajo de campo se realizó durante el 2018 en el área de hemato-oncología pediátrica. Todos los nombres que aquí figuran fueron modificados a fin de preservar el anonimato de las personas y cuenta con la aprobación del Comité de ética de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

El artículo se compone de tres apartados. En el primero, se colocan algunos antecedentes en las producciones académicas al momento de pensar las maternidades desde una perspectiva de género. Allí se resaltan los principales aportes en este campo de conocimiento a modo de introducción

1. Se utilizará el morfema “e” con intenciones de crear un texto con “lenguaje inclusivo de género”. Dicho lenguaje busca escapar del sistema binario español. El binarismo es la base del sexismo, la homofobia y la heteronormalización; por lo que buscamos con el lenguaje inclusivo, afianzar nuevas formas no-opresivas de pensar los géneros.

2. El ordenamiento social se basa en una distribución de roles considerados “femeninos” a los que deberían abocarse las mujeres; y aquellos “masculinos” para los varones. La acción de cuidar quedaría en el primer rol. De allí que, a pesar de los grandes cambios en el último tiempo, las especialidades médicas ligadas al cuidado y empatía (pediatría, paliativos, neonatología, medicina general, alergología) cuenten con más mujeres, y aquellas ligadas a la técnica y fuerza (neurocirugía, cirugía cardiovascular, oral y maxilofacial, ortopédica, cardiología, traumatología) cuenten con más hombres.

al tema que se analiza luego con más profundidad a partir de los datos empíricos. En el segundo apartado, "Malas madres en el hospital", se presentan tres casos de mujeres, madres de niños con cáncer, y se analiza cómo son vistas por el personal médico y psi. En el tercer apartado "Embarazos y cuidados" se describe el dilema en el que se coloca a las mujeres cuando, siendo madres de un niño con cáncer, quedan embarazadas y/o transitan el puerperio. Por último, se culminan con algunas reflexiones finales para seguir pensando cuidados más comprensivos y solidarios.

MATERNIDADES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

En América, y particularmente en Argentina a finales del siglo XIX e inicio del XX, las políticas pronatalistas fueron pensadas como necesarias para garantizar la población blanca nacional que requería la élite política para su proyecto nacional. Los cuerpos marrones y negros eran excluidos del proyecto, pero los cuerpos blancos femeninos "serían resignificados en busca de indicios de la maternidad. Todo otro posible uso del cuerpo, desde la sexualidad hasta el trabajo asalariado, amenazaban la reproducción y todo lo vinculado a ella, la sociedad, la familia, la 'raza'" (Nari, 2004, 101). A lo largo del siglo XX, con el Estado de Bienestar en Argentina, promotor del modelo de familia nuclear, se consolidó el rol femenino dentro de ese núcleo para todos los sectores sociales (desde elites a sectores populares-marrones).

El auge de la familia burguesa que implicó la extensión planetaria de su modelo en todos los sectores sociales, además, trajo aparejado el sentir maternal. Esa familia patriarcal necesitaba el amor maternal para que el lazo madre-hijo sea de tal implicación que acrecienta las posibilidades de vida del recién nacido (futura mano de obra). Ese proceso fue tan exitoso que su institucionalización produjo la creencia de una empatía natural e instintiva entre mujer e hijo. El amor materno representa una matriz de imágenes, significados, prácticas y sentimientos socialmente producidos (Badinter, 1981).

Si bien en Argentina el Estado asumió responsabilidad sobre el bienestar de niños (a través de

la educación y la salud pública) se mantuvo la definición de maternidad como una experiencia individual, privada. Estas concepciones sociales de familia y maternidad conllevaron lógicas socioeconómicas: se sometió la feminidad a la maternidad y la mujer a madre desvalorizando su trabajo; pero también llevó a normativas que permite discriminar a aquellas mujeres que siguen lo pautado y esperado, y quienes no (Castilla y Lorenzo, 2012).

"La maternidad como gran hecho social, tanto en la Argentina como en el resto de la región latinoamericana, continúa consolidándose como uno de los grandes ejes sobre los cuales se erigen tanto las identidades femeninas como de la vida cotidiana de las mujeres" (Castilla y Lorenzo, 2012, 71). A continuación, se examinará un trabajo etnográfico brasileño para ver de qué forma aparecen estas normativas estatales vigentes en la vida cotidiana de una mujer en territorio urbano. El interés está en reseñar en detalle el artículo para mostrar cierta lógica que se observó también el hospital donde se realizó el trabajo de campo que da soporte a este texto, por lo que es pertinente para el análisis que seguirá.

El trabajo de Roberto Efreim Filho y Breno Marques de Mello (2021) parte de entender el ser madre como una práctica de Estado. En su investigación etnográfica en João Pessoa, Brasil, analizan la historia de Marcela, una "mala madre": una madre que no quiere cuidar a su hijo de catorce años, que dice "Él es malo, él es malo, tiene el instinto de su padre" [quien ejercía violencia]. Ella habita en un espacio marcado por la precariedad material, la violencia y el consumo de sustancias. En una conversación entre Marcela y un promotor de Justicia se ilustra la responsabilidad estatal que se otorga a la madre pero también la resistencia de la mujer a asumir el cuidado, utilizando en su retórica términos que son propios de las políticas de protección. Cuando la mujer le dice al promotor que prefiere ir a la cárcel que quedarse con el hijo, lo hace argumentando que el hijo es malo y la golpea; y le pide al promotor que lo encierren. El promotor le insistió que no podía desatenderse de su hijo, e irónicamente le preguntó si quería que él lo lleve a su casa [casa del promotor]. Ella le contestó que no y él le dijo que entonces se lo lleve ella. Marcela insistió en que no lo llevaría

porque no iba a criar a un delincuente. “¿Y por qué no le partió un palo en la cabeza cuando debía?”. “¿Para qué? Si le hubiera partido un palo en la cabeza a mi hijo, ustedes me hubieran ido a buscar a mi puerta y me hubieran metido presa” (Efrem Filho y Mello, 2021, 331). Las descripciones que aparecen en la etnografía dan permanentemente cuenta de la pobreza persistente en la se cría en João Pessoa, entendida esta como “una condición de privación donde a partir de la privación económica se combina críticamente un conjunto de otras dimensiones (hábitat, salud, educación, trabajo, participación, entre otras) que hacen al ciclo de la reproducción de la familia como unidad doméstica” (Moreno, 2014, 93).

Esta encrucijada relatada por Efrem Filho y Mello remite a la pregunta sobre la responsabilidad del cuidado de los niños. Para los especialistas del Estado, es la madre quien debe ocuparse. En esta historia fueron los consejeros tutelares y el promotor de justicia quienes insistieron en su deber inexorable de cuidado, arraigado en las convenciones morales de género que suponen un vínculo entrañable y de naturaleza esencial entre madre e hijo. La madre se convierte en autoridad moral con competencia singular para el “rescate” de su hijo.

La maternidad puesta en acto por el Estado, además, supone la competencia para la violencia: para sufrirla o ejercerla de manera legítima, avalada por el aparato estatal. Marcela, por ser madre, podría ejercer violencia hacia su hijo en pos de criarlo bien o debía estar dispuesta a que el hijo la golpee en caso de un exabrupto del joven. Sea como sea, la madre ejerce la “gestión materna de la protección estatal” (Lugones en Efrem Filho y Mello, 2021) porque es la principal responsable de la gestión del joven, que en el caso relatado se encontraba en conflicto con la ley.

La narrativa de Marcela, en cierto punto, compone una “historia colectiva”, como se refirió Claudia Fonseca (2012) al tratar la historia silenciada de las “madres abandonantes” que negocian los términos difíciles de una maternidad entendida como fuera de lugar. No querer cuidar a su hijo era visto como fuera de lugar según las normativas que discriminan a aquellas mujeres que siguen lo paupero y esperado, “buenas madres”, y quienes no, “malas madres”.

Para Ana Cecilia Gaitán (2014), quien trabajó con jóvenes en la Provincia de Buenos Aires, las intervenciones estatales estaban atravesadas por esa misma clasificación, en términos nativos: las “tiro al aire” y las “re mamás”. “En este sentido, parte de las expectativas de estas agentes es transformar al primer grupo de mamás, las “que dejan sus chicos tirados por ahí, que andan por ahí”, en las segundas, las que “re cuidan a sus hijos” (Gaitán, 2014, 54).

Las mujeres que transgreden lo esperado “quedan bajo los señalamientos de ser malas esposas, ser malas madres, imperfectas o negligentes, porque rompen con una norma social” (Romero, 2023, 8). Al respecto, ya hay producciones que versan sobre este tipo de mujeres y madres en territorios urbanos, que consumen alcohol (Palacios *et al.*, 2022; Romero, 2023) u otras sustancias psicoactivas (Castilla y Lorenzo, 2012; Diez *et al.*, 2020; Ovalle *et al.*, 2020), transexuales (Rinaldi *et al.*, 2021), lesbianas (Martínez, 2015), que dan en adopción a sus hijos (Fonseca, 2011), que amamantan a otros bebés que no parieron (Nucci y Fazzioni, 2021), madres demasiado jóvenes, adolescentes (Gaitán, 2014; Molina *et al.*, 2021), sobrecargadas, cansadas (Carneiro, 2021; Rodríguez Venegas *et al.*, 2023), madres indígenas (Cantore y Enriz, 2022), filicidas, arrepentidas y feministas (Romero Guzmán *et al.*, 2020a) entre tantas otras que maternan saliendo del modelo blanco de “madre: sufriente, amorosa y altruista” (Nari, 2004, 141).

En línea de pensar los parámetros construidos e impuestos a las mujeres, las mexicanas María Lizet Romero Guzmán, Evangelina Tapia Tovar y Consuelo Meza Márquez (2020) proponen llamar “maternidades emergentes” o “nuevas maternidades” a esas formas diversas de vincularse con la maternidad y que se escapan del imaginario ideal del ser madre. No son nuevas en el sentido de que antes no existieran, sino que desde su enunciación aparecen como maneras reivindicativas de nombrar y reconocer lo que siempre ha estado ahí, aunque oculto y negado. Ahondar en estas maternidades es una invitación a olvidar nomenclaturas cargadas de prejuicios que suponen hegemonía y uniformidad en un asunto que es intrínsecamente diverso.

"MALAS MADRES" EN EL HOSPITAL

A continuación, se expondrán algunos discursos referidos a tres mujeres-madres que conocí en el hospital donde realicé el trabajo de campo: Ana, Victoria y Laura.

1. Ana era más conocida como "la mamá de Kevin". Un día se hizo un "pase de pacientes". El "pase" es un evento realizado por profesionales de la salud (en general médicas) para hablar de cada una de las niñas, la mayoría ya en tratamiento y en ocasiones "nuevos ingresos" o "debut" (recientemente diagnosticados o con derivación). "La presentación de casos constituye un género de relatos, a través de los cuales se formulan a las personas como pacientes y como problemas médicos. Las presentaciones tienen un formato estereotipado pero varían en extensión dependiendo del contexto" (Good, 1993, 20). En esa reunión donde se juntan los profesionales, un médico (el único médico varón de planta del servicio), decía: "Kevin Rodríguez. El 23 de noviembre se vuelve a internar. Como venimos sabiendo, la mamá consume. Pero tenemos algo nuevo. La mamá consumía con la pareja cuando nació Kevin. Kevin nació acá, acá en este hospital. Cuando nació Kevin, tuvo una ictericia con metabolismo positivo, cannabinoides y cocaína positivo en orina. Esto estaba registrado en la historia clínica de neo[natología]. Ahora hay que hacerle dos bloques de quimio y reevaluar para ver si se hace cirugía o no. Tiene una neoplásica muy poco frecuente, tumor pancreático. Es una cirugía de gran morbilidad. Al otro hijo ella no lo puede ver. Ya el catéter se le infiltró tres veces. Ella le dice 'Kevin, no tires del cateter'. Así le dice sentada y el pibe tirándose el catéter en la cuna. Es tremendo". El médico terminó de presentar así el "caso", frente a ocho profesionales.

Transcurridos algunos pocos días desde ese "pase", Ana fue a realizar un trámite. Kevin no podía quedarse solo en la habitación y no tenía familiares que pudieran quedarse. Entonces me pidieron a mí que vaya a cuidarlo. Si bien yo estaba realizando una investigación social, no era ni voluntaria ni cuidadora hospitalaria rentada, se me pidió como "favor" porque

estaba allí, disponible. Fui a su habitación. Estaba solo en la cuna, con un año de vida. En la habitación había tres niñas más internadas: Sara, Alma y Lola. Yo lo miraba a Kevin, que logró pararse y me estiró las manos. Lo alcé. Tenía una cicatriz en su panza: era una larga línea horizontal por debajo del ombligo, justo arriba del pañal. Hacía dos semanas lo habían operado, ya no tenía los puntos, pero sí la marca. Se movía casi sin dificultad. Sólo al torcer su tórax hacía muecas de dolor y manifestaba voluntad de llorar con los gestos de la cara. Entonces volvía a mover su pequeño tórax y desaparecía toda esa expresividad de dolor. Sara tenía trece años y estaba en una cama, al lado de la cuna de Kevin. Las otras dos camas estaban de frente. Hablaba con Sara mientras alzaba a Kevin. "El otro día la mamá de Kevin le pegó una cachetada. Y lo sacudió y vomitó la leche que había tomado", me contó Sara. Yo le expliqué a Sara, y a Victoria, la mamá de Sara, que también estaba allí, que yo me quedaría un tiempo ahí cuidando de Kevin porque la mamá tenía que hacer un trámite. "Sí, ayer fue a hacer el mismo trámite. Siempre sale a hacer el mismo trámite. Tiene que hacer la perimetral, pero se ve que no la puede hacer", dijo Victoria y luego, mirando para otro lado, terminó su explicación: "se fue a juntar con un chabón". Llegó entonces una mujer de ambos blancos y cofia, y me dio una mamadera para que se la dé a Kevin.

2. Victoria era más conocida como "la mamá de Sara". Y así hablaron en un "pase de pacientes": "Bueno, seguimos, Sara Mercado, ahora está con 100 blancos y 17 de hematocrito. El martes fueron al [hospital] Nevisardi para ver compatibilidad con la hermana y el padre. La semana pasada se dio a la fuga con 300 de blancos. El papá se la llevó. Y la madre aceptó llevársela a la casa con 300 de blancos. El padre dijo que no iba a tolerar estar en el quinto piso. Parece que ni enfermería ni maestra estaban yendo al quinto. Es un desastre ese sector, ya sabemos. Ahora están acá en el cuarto piso con mejores condiciones de aislamiento y atención que en el quinto". Interrumpió al médico una trabajadora social: "Perdón, solamente agregar una cosita. Detectamos violencia de género en el vínculo". Comenzaron

algunos murmullos y miradas cruzadas. Y una médica dijo: “El papá es un manipulador inteligente, el otro día se paró en mitad del pasillo y me saludó a los gritos y yo dije: este es un perverso inteligente”. “En sala de juegos se maneja igual, saluda a todos con besito y a los gritos” agregó una psicóloga. Una voluntaria que trabajaba en la sala de juegos, dijo: “Ayer en la sala de juegos el padre gritó ‘¡Yo que quiero festejar y ella está con Andrés!’ porque era el aniversario de ellos. Lo gritó en la sala, en frente de todos. Me pareció muy desubicado”. “Lo que queremos decir, es que hay que ver si es tan así que la mamá aceptó llevársela o fue más algo de él”, añadió la trabajadora social que hablaba en plural, como fusionándose con la otra trabajadora social allí presente. Y el médico, como defendiéndose dijo: “Ya sabemos que ahí hay violencia. Si le falta un riñón a la mamá, se lo voló de un traumatismo. La patada que le debe haber dado para explotarle el riñón...”. “Sí, hay violencia, hay consumo, por eso hay que ver bien cómo fue”, culminó la trabajadora social.

“Sí. Ya hablamos y le dijimos que no puede volver a pasar lo de la fuga iy con 300 blancos! Que, si no hay enfermería o maestranza o lo que fuera, que venga, que nos digan, que vemos qué hacemos. Pero que hablemos, que no se la lleven. Pero fue el fin de semana y nadie los paró. O lo paró. No sabemos”. Dijo el médico dirigiéndose él “los paró” por él “lo paró”.

3. Finalmente estaba Laura, conocida como “la mamá de Florencia”. En el mismo “pase”, hablaron de ella: “Bueno, sigamos. Florencia Gómez, ocho años, LLA [leucemia linfoblástica aguda], está con 200 blancos, va a pasar navidad acá. La mamá duerme mientras le hablan. Una vez se puso auriculares y se puso a cantar “La bikina” de Luis Miguel mientras yo le hablaba. No lo podía creer. Entonces puse en mi celular la “La bikina” también y ella opinaba cuál versión le gustaba más”, dijo el médico.

Retomaron algunos murmullos, que daban la sensación de indignación del personal médico ante tal falta de respeto. “La mamá dice al frente de Flor ‘por culpa de ella no podemos volver a Salta’. Y las enfermeras vieron fotos de Salta, con piso de tierra, con animales, baño afuera, son todas casillas donde viven familias en habitaciones. No sé cómo daremos el alta cuando deje la sonda ¿Ustedes estaban viendo lo del subsidio?”. “Sí, está todo parado”, contestó la trabajadora social. El médico cerró los ojos, levantó las cejas y los hombros, como entregado a ese destino irresoluble.

Pasaron unos meses y volvió a hablarse de la niña y de Laura: “Florencia Gómez. Ocho años. Está en la seis. LLA. La conocemos. Ya terminó la quimio. La madre quiere volver a Salta. Ahí viven en hiperhacinamiento. Intervino el servicio zonal. Le van a hacer una pieza para que pueda estar ahí. Ahora, no sabemos quién limpiará esa pieza. La madre cuenta que allá no trabaja, no limpia, no cocina, no lava. Que a veces lleva a las nenas al colegio y se echa hasta que vuelven. Notamos en Flor conducta anoréxica. ‘Yo no quiero ser gorda como vos’ le dice Florencia a la mamá. No come. La amenazamos. Le dijimos ‘Si no comés, te ponemos una sonda nasogástrica’. Ningún chico quiere una sonda. Ninguno. Le dijimos ‘vos elegís: o comés o la sonda’. Y ella dijo ‘la sonda’³. La primera vez en mi vida de pediatra que escuché eso. Ahora, nosotros, sí la tenemos que mandar a Salta, la mandamos. Yo el alta se la doy. El tema es dónde y cómo. Viven como quince personas en una habitación. Y hay denuncias de abuso ahí. Están interviniendo las trabajadoras sociales”. En aquella oportunidad no fueron las trabajadoras sociales al pase. Pero más tarde las crucé en un pasillo.

“¿Cómo está Flor?”, les pregunté, aunque acaba de verla en su habitación. “Para los médicos tiene conducta anoréxica. Para nosotras, no. Parece que le dice a la mamá que no quiere ser gorda como ella. Y dejó de comer. Puede

3. Para mayor indagación sobre esta escena y cuestiones alimentarias, ver “Cáncer infantil y comensalidad. Un abordaje etnográfico de la alimentación durante el tratamiento oncológico” (Heredia, 2023).

ser que no quiera engordar, y tenga algo de eso. Pero no es lo principal. Para nosotras no come porque no quiere irse a Salta”, me contestó la trabajadora. Luego continuó: “Si está con la sonda, no puede irse. No puede viajar con la sonda. Estamos hablando con el zonal y con el centro de salud más cercano a su casa de Salta. Una de las hermanitas de Flor sufrió abuso de un tío que vivía con ellas. Saltó todo hace poco. Flor y la mamá ya estaban acá y no pudo volver la mamá a Salta a ver a sus otras hijas. Estamos intentando que venga el papá de Flor, aunque sea una semana así la mamá va a Salta. Ya el tío no vive ahí, pero parece que va y viene. No sabemos. Pero viven siete personas en una habitación. Todo muy precario”. “¿Y cómo sigue?”, pregunté. “Nos está costando la comunicación con el zonal de allá. La trabajadora del centro de salud sí nos contesta. La idea es recibir un subsidio para construir un cuarto nuevo para Flor para que pueda estar sola ahí y le puedan dar el alta; que tenga el seguimiento en el centro de salud; ver el tema del abuso y la perimetral. Lo más difícil es el tema del subsidio que el zonal lo estaba viendo con hábitat del municipio de allá y no nos contestan en qué está eso. Por lo pronto, lo más seguro es el viaje del padre para rotar cuidador porque además la mamá está muy cansada y no ve a sus hijas hace mucho”.

Hasta aquí, recuperamos algunos relatos de profesionales de la salud sobre tres mujeres: Ana, Victoria y Laura. Esas mujeres, como tantas otras mujeres-madres que tienen a sus hijes con enfermedades graves (y posible muerte cercana), acarrean con el estigma de tener una “maternidad inapropiada”. Sus hijes tienen una enfermedad grave y ellas no están cuidando y transitando esa situación “adecuadamente”.

“La maternidad, la filialidad, la conyugalidad, la familiaridad y la amistad, implican al amor considerado inmanente de las mujeres. Sexo, sexualidad y amor son una tríada natural asignada a las

mujeres. Son la esencia del mito sobre la naturaleza femenina” (Lagarde y De los Ríos, 2012, 43). Las formas de estar de las mujeres-madres eran puestas en tela de juicio por el personal sanitario, voluntaries y otras mujeres del hospital; y sus maneras de hacer se rebelaban contra ese mito de la naturaleza femenina. Estas tres madres, con sus prácticas, no encajaban en el modelo ideal de madre que escucha y sigue fielmente las recetas médicas, cumple con los trámites, son enteramente responsables de sus hijes a quienes cuidan con amor, ternura y vocación plena (de hecho, Ana no podía ver a su otro hijo ya que éste tenía una “medida de abrigo”⁴).

Para Martín Ierullo (2015), quien investiga la crianza de niños, niñas y adolescentes en contextos de pobreza urbana persistente, las situaciones de hostilidad y violencia que se reproducen constituyen un factor que no puede ser desestimado a la hora de estudiar las maneras en las que se organizan las prácticas de cuidado y crianza en las familias que habitan estos sectores; de hecho, estas situaciones de violencia condicionan las prácticas de cuidado desplegadas por las familias. Los casos relatados (Ana, Victoria y Laura), son mujeres de barrios populares, de territorios donde se despliegan estas situaciones de hostilidad y violencia; y que al momento de ir a instituciones hospitalarias se invisibiliza en gran parte este condicionamiento. Además, esto transcurre en una agudización de los procesos de relegación urbana y de desigualdad social. Estos relatos son del año 2018, año de un claro retroceso político y económico, con daños sociales, que produjo la continua pérdida del rol del Estado como garante de bienestar (Clemente, 2020).

En los barrios populares, de donde provienen la mayoría de los usuarios del hospital público, se observa la implementación de prácticas alternativas a las predominantes en el modelo de cuidado tradicional, en tanto se percibe la emergencia de acciones de cuidado que trascendieron el ámbito doméstico (Ierullo, 2015). Pero esa lógica de cuidado en la que aparecen miembros de la fa-

4. Término jurídico que hace referencia a una medida de protección excepcional de derechos, que tiene como objeto brindar al niño o adolescente un ámbito alternativo al grupo de convivencia cuando en éste se encuentren amenazados o vulnerados sus derechos, hasta tanto se evalúe la implementación de otras medidas tendientes a preservarlos o restituirlos.

milia ampliada y también por las redes cercanas se contraponen al modelo feminizado y maternal que aún sigue primando en instituciones como hospitales. Las condiciones de posibilidad para el surgimiento de prácticas de cuidado infantil que salgan de los patrones ideales-institucionales están muy limitadas.

EMBARAZOS Y CUIDADOS

Las enfermedades graves y la muerte infantil es algo que acontece en todas las sociedades y ha sido un tema muy indagado por la Antropología, las ciencias sociales en general y las ciencias de la salud. El clásico estudio de Nancy Scheper-Huges (1997), “La muerte sin llanto”, es sin duda uno de los icónicos estudios antropológicos que ayudan a preguntarse por las condiciones de salud y la muerte infantil, en relación a las condiciones de vida y a los valores otorgados a las relaciones familiares y la crianza. La antropóloga registra cómo en el nordeste de Brasil los bebés muertos son anónimos y enterrados rápidamente en cajones de cartón, sin ceremonia, congoja ni llanto. Si bien su estudio ha recibido críticas porque en su análisis prima un estado de letargo en los actores de la localidad, se descarta la diversidad, hay falta de evidencias y el texto tiene una estructura circular⁵, entre otras cosas (Margolis, 1993; Noguera, 2004; Sigaud, 2012), continúa siendo una producción útil para reflexionar. En particular, lo que me interesa recalcar de dicha etnografía es que el afecto entre familiares (en especial mujeres-madres) y su descendencia no es algo dado con sencillez y pureza, que el llanto y el acongojo no son las únicas expresiones de duelo ni las únicas sensibilidades ocurridas al acontecer la enfermedad (y la muerte infantil) y por sobre todas las cosas: las formas de vida de los sujetos condicionan fuertemente la gestión emocional de la enfermedad/muerte.

En ese sentido, es importante problematizar la noción de “amor materno” y su linealidad. Estas mujeres no eran la encarnación de las “maternidades amorosas”, dedicadas a las tareas reproductivas. Laura “no trabaja, no limpia, no cocina, no lava”,

“duerme mientras le hablan”. Victoria se iba del hospital sin un alta médica y con riesgos en la salud de su hija, quien estaba con pocas defensas en su cuerpo. Y Ana, se iba “con un chabón”. Ellas parecían estar lejos de esa figura idílica materna forjada sobre un ideario moderno de familia nuclear (que cuidan a su prole y proveen con amor, fidelidad y generosidad). Pero allí estaban, acompañando los procesos de salud-enfermedad.

Además de estas mujeres, estaban las mujeres-madres embarazadas, que estando en la situación de tener que cuidar a su hijo con cáncer, se las juzgaba por haber decidido iniciar y continuar con un embarazo. “Ya hay varias embarazadas”, me aclaró un día Antonia, la psicóloga. Ella y otra psicóloga del hospital se me acercaron una mañana en la sala porque querían consultarme el “fenómeno de que las mujeres se embarazan cuando tienen a un hijo internado y les decimos que no se embaracen”. Así me lo dijeron: “Te queríamos consulta el fenómeno”. Para el personal de salud (biomédico/psi) el embarazo de mujeres madres de niños con cáncer es un problema. Para evitarlo se da la indicación a las mujeres: “No se embaracen”.

Un embarazo de una mujer-madre implica, lógicamente, que habrá un bebé que cuidar en un tiempo corto. Hay muchas probabilidades que, en ese tiempo, los niños con cáncer continúen en tratamiento. Entonces habrá dos hijos para cuidar: un bebé recién nacido y uno con enfermedad ¿Con quién estará la mujer? ¿A quién cuidará? ¿Se quedará en el hospital con quien tiene cáncer? ¿o estará en su casa con su bebé?

Hay un juicio hacia la mujer-madre de un niño enfermo que se embaraza. Ese juicio queda tensionado: por un lado, es connotado negativamente el hecho que no esté en internación con su hijo; pero también es connotado negativamente el hecho de separarse de un bebé recién nacido. El bebé no puede estar en el hospital porque sería riesgoso que contraiga una infección interhospitalaria; debe estar en su casa con su madre. Pero la madre tiene que estar en el hospital. Entonces se tensiona el juicio para finalmente recaer en el embarazo: “no debía embarazarse”.

5. El punto de llegada –la explicación del hambre-, ya está contenido en el punto de partida.

Emerge así nuevamente la encrucijada mencionada por Efrem Filho y Marques de Mello (2021) cuando analizaban la historia de Marcela. La encrucijada que remite a la pregunta sobre la responsabilidad del cuidado de los niños. Es la maternidad puesta en acto por los especialistas del Estado (personal de salud) la que forma parte de los "regímenes institucionales de género" (Haney, 1996) que día a día se reproducen en el hospital.

Las "malas madres" de los territorios urbanos como Marcela en Brasil y en Buenos Aires Ana, Victoria y Laura y aquellas que se embarazan, lo son en tanto se contraponen al ideal de "La Madre" (Varea, 2004) que no cumplen con las expectativas ideales de ese papel social y que son estigmatizadas, señaladas o penalizadas.

"Respecto a los estereotipos, encontramos primero la idea de "La Madre", esa representación ideal, abstracta y generalizadora [...] que encarna la esencia atribuida a la maternidad: el instinto materno, el amor materno, el *savoir faire* maternal y una larga serie de virtudes derivadas de estos elementos: paciencia, tolerancia, capacidad de consuelo, capacidad de sanar, de cuidar, de atender, de escuchar, de proteger, de sacrificarse, etc. A partir de esa gran matriz representacional, se producen otros dos estereotipos: las "buenas madres" y las "malas madres" que, en términos generales, nacen del grado de acercamiento o de alejamiento a esa primera idea de "La Madre" (Verea, 2004, 16)

A partir del trabajo en un servicio de atención primaria del Sistema Único de Salud (SUS) brasileiro, Mariana Fagundes de Almeida Rivera y Ianni Regia Scarcelli (2021) descubrieron la circulación de ese imaginario que naturaliza a la mujer cisgénero como principal cuidadora de los niños. Concluyeron que existen dificultades para promover formas de acceso a los hombres que son padres y que prima tanto el ideal del cuidado materno como el agotamiento de las mujeres (por la responsabilización del trabajo doméstico y el cuidado) y la ausencia de padres (tanto en el trabajo doméstico como en el acompañamiento a la atención de la salud infantil). Al igual que lo hallado en SUS, en el hospital en cuestión irrumpe

"La Madre" como representación que exige a las mujeres y no a hombres. Existe una invisibilización de la figura paterna dispuesta al cuidado.

Pero allí están las mujeres embarazadas, "ya hay varias", están en situaciones de violencia, de consumo de sustancias psicoactivas, actuando por fuera de las indicaciones médicas, y por fuera de los mandatos ideales del "La Madre". Sus maneras de estar evidencian la existencia de familias que no son una unidad cooperativa, de apoyo mutuo y basada en intereses comunes. Las familias, la maternidad, el cuidado, son construcciones que pueden contener asimetrías internas de poder, recursos y capacidad de negociación entre los distintos miembros; y pueden ser escenario de explotación, de profundas desigualdades, de conflictos y de violencia (Palomo, 2008). Estas mujeres, como las mujeres-madres con las que interactuó Nancy Scheper-Huges (1997) en Alto do Cruzeiro, no son las "madres ideales" desde los patrones culturales occidentales. Si bien las condiciones son totalmente diferentes (en el caso de mi trabajo de campo no podría hablar de una economía política de una biografía invisible como sucede en el nordeste brasileiro), hay algo similar: los modos hegemónicos esperados/ideales para acompañar la enfermedad-morir de los niños con cáncer, no siempre se concretan. Las mujeres no centran la mirada exclusivamente en el hijo que enferma y posiblemente muera: tienen otros hijos, tienen relaciones sexo-afectivas y pueden pensar y hacer otras cosas que no son "cuidado".

"lejos de ser el "acompañamiento" ideal, las prácticas del "acompañar" son realizadas "como se puede" en una cotidianeidad sumamente compleja, con las particularidades de los espacios sociales, vinculares y económicos en las que se inscriben, y no como se debieran –abstractamente– llevar a cabo" (Candil, 2014:191).

La enfermedad (y la muerte), se acompaña como se puede y no como dicen los mandatos. Se acompaña y se gestiona en el marco de relaciones de violencia, con fugas, con burocracia, improvisaciones, deseando lo mejor (aunque no con criterio único entre los actores) y haciendo lo posible en un escenario complejo.

REFLEXIONES FINALES

Las acepciones acerca de la noción de cuidado se encuentran en disputa: una gran variedad de enfoques han sido aplicados a este concepto, al tiempo que no deja de ser una palabra común, cargada de significados morales vinculados a las concepciones de deber y amor, asociadas generalmente a las mujeres (Jelin, 2010; Esquivel *et al.*, 2012; Esquivel, 2014, 2015). En el hospital circula este significado moral y su feminización. En los territorios, las organizaciones resultan centrales respecto de la reproducción social de los sujetos y de las formas en las que se organizan las prácticas de cuidado (Ierullo, 2015). Pero estos modos comunitarios no tienen asidero en ciertas instituciones donde prevalece la maternalización. En el hospital se hace entonces presente las formas reales no-ideales de acompañar a les niñas con enfermedades.

La niñez en nuestras sociedades es concebida hegemónicamente como un periodo de desarrollo y formación. Les niñas son futuras personas adultas. Al transitar la niñez, van creciendo, aprendiendo y formándose. El sufrimiento y el deterioro de los cuerpos infantiles es incluso más “intolerable moralmente” (Fassin y Bourdelais, 2005) que el sufrimiento y el deterioro del cuerpo adulto, porque el cuerpo infantil está connotado de inocencia, ternura y proyecto futuro. No es deseado que ante un evento trágico, como una enfermedad grave, les niñas mueran (no es ni bello ni justo). Por eso socialmente creamos instituciones para atender ese problema/sufrimiento, buscamos su curación y la continuación de su desarrollo. Deseamos que les niñas lleguen a ser personas adultas y sanas: creamos especialidades médicas para este grupo (como hemato-oncología pediátrica), dedicadas a buscar su curación.

Lo que se intenta con la curación es la continuación del desarrollo sin secuelas de enfermedad. Se busca que les niñas sufran la menor cantidad de secuelas posibles: que no se les amputen miembros o que se extirpe la menor cantidad posible de órganos, tejidos, etc.; se busca la bioseguridad de los espacios para que no contraigan virus intrahospitalarios que puedan afectar su funcionalidad, etc.; se busca evitar su muerte. Y se incentiva a que sigan adelan-

te transformando su “cuerpo infantil enfermo” en un “cuerpo capaz” que en un futuro sea un “cuerpo adulto capaz”.

La ideología de la capacidad sedimenta el sentido común y coloca al cuerpo capaz como “el parámetro de deseabilidad y normalidad laboral y social” (Ferrante y Silva, 2017:4), clasificando a las personas que no encajan dentro de los parámetros del cuerpo capaz como discapacitadas, desafortunadas, deficientes, inútiles o diferentes. Esta ideología ha sido muy criticada desde el modelo social de la discapacidad ya que se la acusa de generar estigmatización y opresión hacia las personas que no cumplen con las disposiciones exigidas por ese cuerpo capaz, o normal definido de acuerdo a criterios de rendimiento económico. La estigmatización y opresión que sufren los cuerpos que no son considerados capaces o normales ocurre, entre otras cosas, porque proliferan muchas barreras físicas y simbólicas en nuestras sociedades para una persona, por ejemplo, que le falta un pie o una pierna. (Ferrante y Silva, 2017). Por eso se busca la curación para, en primer lugar, esquivar la muerte y en segundo lugar, “normalizar” esos cuerpos infantiles tornándolos capaces de continuar con funcionalidad a lo largo de su vida.

En el hospital, lugar privilegiado donde se busca la curación de los cuerpos infantiles, aparece, también, el cuidado. La curación no sería posible sin cuidados. Los cuidados son parte de la reproducción social: no aparecen solamente frente a enfermedades o minusvalías, sino que son centrales en la sostenibilidad de la vida de todas las poblaciones.

El trabajo de cuidado es un trabajo feminizado, subalternizado, infravalorado y de gran importancia para el sostenimiento de la vida en general. Y particularmente en el caso traído a cuenta en este texto, que es el cáncer infantil, podemos aseverar que es gracias a ese cuidado (hecho por fuera de los ideales, con sus vulnerabilidades y precariedades de la vida), que es posible la curación de les niñas.

“Analizar las distintas realidades que viven las mujeres que son madres permite distanciarse del sojuzgamiento social plagado de prejuicios,

construidos desde una postura vertical, unilateral y desinformada, que clasifica a las madres como ‘buenas’ o ‘malas’” (Romero Guzmán *et al.*, 2020b, 162). Por esta razón es de suma importancia colocar el foco en las realidades complejas en las que cuidan (o no) las mujeres.

Mujeres-madres, tías, abuelas, vecinas, pero también médicas, enfermeras, trabajadoras sociales, etc, etc, son quienes conforman el sistema de salud público y gratuito que tenemos en Argentina que hace posible la atención y son quienes están allí con sus realidades, acompañando “como pueden”.

BIBLIOGRAFÍA

- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal?*, Barcelona: Paidós.
- Cabré i Pairet, M. & Muñiz, F.S. (eds). (2013). *Sexo y género en medicina: una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*, Santander: Universidad de Cantabria.
- Candil, A.L. (2014). *Inter-versiones: un estudio sobre los tratamientos ambulatorios orientados a los consumos problemáticos de drogas en el sistema público de salud del Área Metropolitana de Buenos Aires*, Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Cantore, A. & Enriz, N. (2022). 'Maternidades mbyá guaraní en la escena pública', *Cadernos Pagu*, e226410.
- Carneiro, R. (2021). 'Cansaço e violência social: sobre o atual cotidiano materno', *Cadernos Pagu*, Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu, e216313.
- Castilla, V. & Lorenzo, G. (2012). 'Emociones en suspenso: maternidad y consumo de pasta base/paco en barrios marginales de Buenos Aires', *Cuadernos de antropología social*, Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto de Ciencias Antropológicas. Sección de Antropología Social, 69-89.
- Clemente, A. (2020). *El bienestar en retroceso. El caso de las políticas asistenciales ante la incertidumbre: 2016 - 2019*, Buenos Aires: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
- Diez, M., Pawlowicz, M.P., Vissicchio, F., Amendolaro, R., Barla, J.C., Muñiz, A. & Arrúa, L. (2020). 'Entre la invisibilidad y el estigma: consumo de sustancias psicoactivas en mujeres embarazadas y puérperas de tres hospitales generales de Argentina', *Salud Colectiva*, 16, e2509-e2509.
- Efrem Filho, R. & Mello, B.M. de (2021). 'A renúncia da mãe: sobre gênero, violência e práticas de Estado', *Horizontes Antropológicos*, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social - IFCH-UFRGS, 27, 323-349.
- Esquivel, V. (2014). 'What is a transformative approach to care, and why do we need it?', *Gender & Development*, 22, 423-439.
- Esquivel, V. (2015). 'El cuidado: de concepto analítico a agenda política', *Nueva Sociedad*, 256, 63-63.
- Esquivel, V., Faur, E. & Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*, Buenos Aires: IDES/UNFPA/UNICEF.
- Fassin, D. & Bourdelais, P. (2005). *Les Constructions de l'intolérable. Etudes d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*, Paris: La Découvert.
- Ferrante, C. & Silva, J. (2017). "'Rengo es el que tiene pelotas': discapacidad motriz, deporte adaptado y masculinidad hegemónica en la ciudad de Buenos Aires', *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 18, 1-23.
- Fonseca, C. (2011). 'The de-kinning of birthmothers: reflections on maternity and being human', *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, 8, 307-339.
- Gaitán, A.C. (2014) 'Algunas reflexiones sobre la construcción cotidiana de la maternidad y la sexualidad de jóvenes madres en la implementación de una política social en el conurbano bonaerense', *Revista de Estudios Sociales*, Universidad de los Andes., 47-58.
- Good, B. (1993). 'How medicine constructs its objects', in *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*, Cambridge: Cambridge University Press, 65-87.
- Haney, L. (1996). 'Homeboys, Babies, Men in Suits: The State and the Reproduction of Male Dominance', *American Sociological Review*, 61, 759-778.
- Heredia, C. (2022). *"Vivir el cáncer infantil. Experiencias de salud-enfermedad-atención-cuidados en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires"*, Tesis de Doctorado en Filosofía y Letras. Área Antropología. Universidad de Buenos Aires.
- Heredia, C.R. (2023). 'Cáncer infantil y comensalidad: Un abordaje etnográfico de la alimentación durante el tratamiento oncológico', *Etnografías Contemporáneas*, 9.
- Ierullo, M. (2015). 'La crianza de niños, niñas y adolescentes en contextos de pobreza urbana persistente', *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13, 671-683.

- Jelin, E. (2010). *Pan y afectos: la transformación de las familias*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Lagarde y De los Ríos, M. (2012). *El feminismo en mi vida: hitos, claves y utopías*, Inmujeres DF.
- Margolis, M.L. (1993). 'Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil', *American Anthropologist*, 495-497.
- Martínez, E.I. (2015). 'Pensando sobre maternidades lesbianas: Relato de la evolución de un objeto de estudio', *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 15, 294.
- Molina, P.M., Rodríguez-Garrido, P. & Pino-Morán, J.A. (2021). 'Perspectivas feministas sobre (in)justicias ocupacionales de maternidades adolescentes', *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2869.
- Moreno, M. (2014). 'Notas acerca de la medición de la pobreza', en Clemente, A., *Territorios urbanos y pobreza persistente*, Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Nari, M. (2004). *Políticas de la maternidad y maternalismo político: Buenos Aires (1890-1940)*, Buenos Aires: Biblos.
- Noguera, P.R. (2004). '¿Muerte sin llanto? Reflexiones y comentarios críticos en torno de las investigaciones de Nancy Scheper-Hugues sobre la pobreza y la muerte infantil en el Nordeste brasileño', November, s/p.
- Nucci, M. & Fazzioni, N. (2021). 'Amor ou risco? Refletindo sobre sentidos, regulações e orientações a respeito do leite materno a partir de casos de "amamentação cruzada"', *Horizontes Antropológicos*, 27, 291-322.
- Ortner, S. (1979). '¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?', *Antropología y feminismo*, 109-131.
- Ovalle, L.P., Tovar, A.D., Angulo, L., Ovalle, L.P., Tovar, A.D. & Angulo, L. (2020). 'Mujer, madre y adicta. Brutalidades físicas y psicológicas de las fronteras contemporáneas', *Tabula Rasa*, UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA, 55-79.
- Palacios, M., Díaz, M.M., Aracena, P., Palomino, T. & Quintana, N. (2022). 'Procesos de acompañamiento, enfoque de género y mujeres en consumo de alcohol/drogas en embarazo y maternaje: claves transdisciplinarias y terapias ocupacionales desde el Sur', *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Terapia Ocupacional, 30, e3228.
- Palomo, M.T.M. (2008). 'Los cuidados y las mujeres en las familias', *Política y Sociedad*, 45, 29-47.
- Rinaldi, A. de A., Coitinho Filho, R.A., Souza, J.B. de & Souza, C.C.D. de (2021) 'Experiências maternas de Geni: a trajetória de uma mulher transexual e sua relação com a Justiça da Infância e Juventude', *Horizontes Antropológicos*, 27, 351-377.
- Rivera, M.F. de A. & Scarcelli, I.R. (2021). 'Contribuições feministas e questões de gênero nas práticas de saúde da atenção básica do SUS', *Saúde em Debate*, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 45, 39-50.
- Rodríguez Venegas, V., Duarte Hidalgo, C., Rodríguez Venegas, V. & Duarte Hidalgo, C. (2023). 'La crisis sobre otra crisis: maternidades, cuerpos/ emociones y pandemia en la región de Atacama, Chile', *Trabajo social*, Universidad Nacional de Colombia, 25, 83-108.
- Romero Guzmán, M.L., Tapia Tovar, E., Meza Márquez, C., Romero Guzmán, M.L., Tapia Tovar, E. & Meza Márquez, C. (2020a). 'Abanico de maternidades. Un estado del arte desde los aportes feministas', *Debate feminista*, Universidad Nacional Autónoma de México, 59, 143-165.
- Romero Guzmán, M.L., Tapia Tovar, E., Meza Márquez, C., Romero Guzmán, M.L., Tapia Tovar, E. & Meza Márquez, C. (2020b). 'Abanico de maternidades. Un estado del arte desde los aportes feministas', *Debate feminista*, Universidad Nacional Autónoma de México, 59, 143-165.
- Romero, N.A.M. (2023). "'La ruptura en el cuidado": Experiencias de mujeres madres con abuso de alcohol y su atención en México', *Salud Colectiva*, 19, e4334-e4334.
- Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto*, Barcelona: Ariel Editorial.
- Sigaud, L. (2012). "'Hambre" y comportamientos sociales: Problemas de explicación en Antropología', *Apuntes de Investigación del CECYP*, 109-114.
- Verea, C.P. (2004). "'Malas madres": la construcción social de la maternidad', *Debate feminista*, JSTOR, 30, 12-34.

