



**Universidad de la República**

**Facultad de Psicología**

**Tesis para optar al Título de Magister en Psicología y Educación**

**Título:**

***“Construcción de sentidos en torno a la noción de Calidad de Cuidado en mujeres madres con hijos de hasta dos años de vida. Estudio cualitativo en un Centro de Salud Pública de Primer Nivel de Atención en Montevideo”***

**Autora: Lic. en Psic. Alejandra Akar Moreno**

**Directoras de Tesis:**

**Prof. Adj. Verónica Cambón Mihalfi    Mag. Sandra Juliana Plata Contreras**

**Directora Académica:**

**Prof. Adj. Verónica Cambón Mihalfi**

**Montevideo, Uruguay**

**Setiembre, 2015**

# Página de aprobación

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba la Tesis de Investigación:

**Título:** “Construcción de sentidos en torno a la noción de Calidad de Cuidado en mujeres madres con hijos de hasta dos años de vida. Estudio cualitativo en un Centro de Salud Pública de Primer Nivel de Atención en Montevideo”

**Autora:** Lic. en Psic. Alejandra Akar Moreno

**Tutoras:** Prof. Adj. Verónica Cambón Mihalfi - Mag. Sandra Juliana Plata Contreras

**Carrera:** Maestría en Psicología y Educación. Facultad de Psicología. UdelaR

**Puntaje:**.....

### Tribunal

Profesor.....

Firma:.....

Profesor.....

Firma.....

Profesor.....

Firma.....

Fecha:.....

## Resumen

El estudio realizado tuvo como objetivo comprender la construcción de sentidos en torno a la calidad de cuidado en mujeres madres con hijos de hasta dos años de vida, en el marco de la asistencia a un Centro Público de Salud de Primer Nivel de Atención en la ciudad de Montevideo.

Esta investigación se basa en un enfoque cualitativo descriptivo y transversal, teniendo en cuenta que busca profundizar en la construcción de sentidos sobre aspectos relativos a la maternidad y la calidad de los cuidados en mujeres madres.

En Uruguay son escasas las investigaciones en torno a rescatar las voces de las mujeres en relación a su percepción sobre aspectos relativos a la maternidad y los cuidados hacia sus hijos. (ECH, 2014; ENDIS, 2015; Batthyány, Genta, Perrotta, 2015).

Para el análisis de los resultados de las entrevistas y su interpretación, se ha tomado como marco teórico la teoría del apego, especialmente profundizando sobre las conceptualizaciones: calidad de cuidado y sensibilidad materna. A su vez, se han tomado aportes teóricos provenientes del psicoanálisis en relación al vínculo madre-bebe y de la perspectiva de género en correspondencia a la construcción de la noción de maternidad y sobre ciertos instituidos respecto a los cuidados

Los sentidos atribuidos a la presencia de apoyo y contención, en un sentido de ambiente facilitador (Winnicott, 1993) fueron constantes en los relatos de las mujeres madres. Es evidente, la necesidad de reformular aspectos en relación a los cuidados como garantía para el desarrollo de los niños y de las *mujeres maternantes*. Se considera de relevancia, atender específicamente los indicadores de riesgo psico-social para implementar acciones inter-institucionales (ASSE, MSP, MIDES) impulsando y fortaleciendo programas como UCC, Plan CAIF, así como la definitiva instalación del SNC, que puedan favorecer esa protección, especialmente cuando la red de contención familiar es débil o inexistente.

**Palabras Claves:** calidad de cuidado- construcción de sentidos- mujeres madres

## **Abstract**

The aim of this study was to understand the construction of meaning regarding the quality of care in women who are mothers of children up to two years of age, within the attendance to a Public Center of Primary Health Care in the city of Montevideo.

This research study is based on a descriptive and transverse qualitative approach since it seeks to go deep into the construction of meaning about aspects regarding motherhood and the quality of care in women who are mothers.

In Uruguay there are only a few studies which try to reach for the voices of women concerning their own perception on aspects regarding motherhood and child care. (ECH, 2014; ENDIS, 2015; Batthyány, Genta, Perrotta, 2015).

To analyse the results of the interviews and their interpretation, we have considered Attachment Theory as theoretical frame, especially the concepts of: quality of care and maternal sensibility. Also, we have taken theoretical input from Psychoanalysis regarding mother-baby relationship and gender perspective regarding the construction of the meaning of motherhood and certain established beliefs regarding child care.

The meaning attributed to the presence of support and containment, in the sense of a helping environment (Winnicott, 1993) were constant in the stories of the women who are mothers. The need to revise and modify aspects regarding care as a guaranty for children's development and mothering women becomes clear. It is considered of relevance to specifically pay attention to the indicators of psycho-social risk to implement coordinated actions within institutions (ASSE, MSP, MIDES), promoting and fortifying programmes such as UCC, Plan CAIF, as well as the installation of the SNC, all of which can improve such protection, especially when support within the family is weak or inexistant.

**Key Words:** quality of care - construction of meaning - women who are mothers.

## Tabla de contenidos

|   |    |
|---|----|
| Hoja de Aprobación.....   | 2  |
| Resumen.....  | 3  |
| Abstract.....   | 4  |
| Tabla de Contenidos.....  | 5  |
| Dedicatoria.....  | 7  |
| Agradecimientos .....   | 8  |
| Epígrafe.....   | 9  |
| Introducción.....   | 10 |
| Capítulo 1: Organización del estudio .....  | 17 |
| 1.1 Relevancia de la temática a estudiar.....   | 17 |
| 1.2 Planteamiento del Problema de Investigación.....  | 24 |
| 1.3 Objetivos de la investigación.....  | 25 |
| 1.4 Estado de la cuestión.....  | 26 |
| 1.4.1 Investigaciones a nivel nacional.....   | 26 |
| 1.4.2 Investigaciones a nivel internacional.....  | 29 |
| Capítulo 2: Fundamentos teóricos.....   | 33 |
| 2.1 Conceptualizaciones sobre teoría del apego: sensibilidad materna y<br>calidad de cuidado..... | 33 |
| 2.2 Construcción de subjetividad en la trama vincular madre-hijo.....                             | 40 |
| 2.3 Maternidad y la naturalización de los cuidados femeninos.....                                 | 43 |
| 2.4 Organización institucional del cuidado.....   | 45 |
| Capítulo 3: Encuadre metodológico .....   | 48 |
| 3.1 Enfoque de la investigación.....  | 48 |
| 3.2 Descripción y caracterización de la investigación.....  | 50 |
| 3.3 Caracterización de las participantes de la investigación.....                                 | 51 |
| 3.4 Técnicas de recolección de información.....   | 53 |
| 3.4.1 Entrevista semiestructurada.....  | 54 |
| 3.4.2 Ficha socio-demográfica y Cuestionario MOS.....   | 54 |
| 3.4.3 Observación participante.....   | 55 |
| 3.5 Técnica de análisis de la información.....  | 56 |
| Matriz de Análisis.....   | 57 |
| 3.6 Consideraciones éticas.....   | 62 |

|   |     |
|---|-----|
| Capítulo 4: Análisis y discusión.....   | 64  |
| 4.1 Calidad de cuidado y sensibilidad materna.....                                      | 64  |
| 4.1.1 Concepciones maternas sobre la calidad de cuidado.....                            | 65  |
| 4.1.1.1 Afecto y contacto físico.....   | 65  |
| 4.1.1.2 Estar disponible y dedicar tiempo.....  | 68  |
| 4.1.1.3 Pautas de crianza: algunas consideraciones.....                                 | 72  |
| 4.1.1.4 La maternidad se aprende a partir de la experiencia.....                        | 75  |
| 4.1.1.5 Sensibilidad frente al llanto del bebé.....                                     | 77  |
| 4.2 Prácticas de cuidado.....   | 81  |
| 4.2.1 Acerca de la alimentación.....  | 82  |
| 4.2.2 Acerca de las rutinas vinculadas a la higiene.....                                | 87  |
| 4.2.3 Acerca del sueño.....   | 90  |
| 4.2.4 Sugerencias en las prácticas de cuidado.....                                      | 92  |
| 4.3 Redes familiares y comunitarias.....  | 95  |
| 4.3.1 Adultos que cuidan.....   | 95  |
| 4.3.1.1 Feminización de los cuidados.....   | 96  |
| 4.3.1.2 El lugar del hombre como padre y pareja.....                                    | 101 |
| 4.4 Conocimiento y participación en servicios públicos: salud, educación y cuidado..... | 106 |
| 4.4.1 Plan CAIF y Programa de Estimulación Oportuna.....                                | 106 |
| 4.4.2 Programa Uruguay Crece Contigo y el "Set de Bienvenida".....                      | 110 |
| Capítulo 5: Consideraciones finales.....  | 115 |
| 5.1 Conclusiones.....   | 115 |
| 5.2 Sugerencias.....  | 130 |
| Referencias bibliográficas .....  | 134 |
| Anexo.....  | 143 |
| Consentimiento Informado.....   | 144 |
| Guía de entrevista.....   | 145 |
| Caracterización socio-demográfica de las mujeres madres participantes.....              | 147 |

## **Dedicatoria**

***A las mujeres que me han enseñado sobre el cuidar, a pesar de todo,  
mi madre y mi abuela. Gracias por el amor transmitido***

***A mi hermana, Andrea,  
compañera de siempre,***

***por compartir con pasión la vida misma.***

***A mis amigas y amigos que me han acompañado y alentado continuamente, han  
confiado en mí y son también autores de esta producción, desde múltiples  
lugares. Sin su afecto y apoyo este trabajo no hubiera sido posible.***

***A todas las mujeres, en el sentido más genérico de la palabra, que en silencio o  
en ruido, con pasión o con tristeza hacen de este mundo un hogar para habitar...***

***¡Gracias!***

## **Agradecimientos**

La producción de este trabajo ha sido posible gracias a múltiples aportes académicos, formativos, muy especialmente de aliento y compañerismo.

Reconocimiento y agradecimiento a las tutoras por acompañar este proyecto de investigación y creer en el valor del mismo.

Agradecimiento especial para el Centro de Salud donde se desarrolló esta investigación. Por la apertura, la generosidad de los distintos integrantes del mismo. Especialmente al Equipo de Gestión y al equipo de enfermería.

A la Dra. Maricel Noya por su apoyo y confianza profesional.

A mis compañeros del Hospital de la Mujer, quien han tenido paciencia y me han apoyado en este proceso de crecimiento personal y profesional.

También hacer extensivo el agradecimiento a los compañeros del Instituto de Psicología y Educación y en especial a quienes integran el Programa Simbolización y Subjetivación en Contextos Educativos Infancia y Adolescencia.

Quisiera agradecer los aportes rigurosos, A Esther Angeriz , Virginia Aostalli, Amparo Bazterrica, Mauricio Clavero, Cecilia Pereda, Julieta Potrie y Paola Silva. Sus valoraciones y miradas han enriquecido profundamente este trabajo, muchas gracias!.

A las mujeres madres que voluntariamente han prestado parte de su historia para construir esta tesis, gracias profundamente.



## **Epígrafe**

*Las madres aman como pueden, con lo mejor de sí mismas, o con lo menos recomendable. Como pueden hacer los seres humanos, desde sus excelencias y sus desequilibrios desde sus carencias y necesidades, desde sus déficit y sus plenitudes. A veces atienden y entienden a sus hijos. Otras veces no, sin que ello comprometa la presencia del amor maternal que esta allí."*

*Eva Giberti (1993, p.128)*

*Me estremeció la mujer  
que empinaba sus hijos  
hacia la estrella de aquella  
otra madre mayor  
y como los recogía  
del polvo teñidos  
para enterrarlos debajo  
de su corazón.*

*Me estremecieron mujeres  
que la historia anoto entre laureles  
y otras desconocidas gigantes  
que no hay libro que las aguante.*

*Me han estremecido..*

*"Mujeres" Silvio Rodríguez  
(cantautor cubano)*

*"Son tan distintas entre sí.... son mujeres, mujeres como yo. Simplemente mujeres, son importantes para mí, mujeres como yo"*

*Laura Canoura  
(Cantautora uruguaya)*

## Introducción

Este trabajo, titulado: *“Construcción de sentidos en torno a la noción de Calidad de Cuidado en mujeres madres con hijos de hasta dos años de vida. Estudio cualitativo en un Centro de Salud Pública de Primer Nivel de Atención en Montevideo”*, surge en el proceso de formación realizado en el marco de la Maestría en "Psicología y Educación" en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Consiste en un relevamiento sobre los cuidados dirigidos a la primera infancia y los adultos cuidadores, en su mayoría mujeres, en familias en situación de pobreza. Está centrado en aspectos relativos a la noción de cuidados, maternaje y de instituidos en torno a ellos<sup>1</sup>.

La relevancia de profundizar en el tema de los cuidados dirigidos a la primera infancia en familias en situación de pobreza por parte de las mujeres se corresponde con los resultados de estudios recientes en Uruguay que señalan altos indicadores de desigualdad social e inequidad de género. La Primer Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y desarrollo infantil (ENDIS)<sup>2</sup> presentada públicamente en el corriente año, constituye un aporte para la comprensión del estado actual de la primer infancia y de los adultos que ofician como cuidadores principales. Específicamente la incidencia de la pobreza alcanzó el 23,9 por ciento de los hogares con niños de 0 a 3 años, representando niveles de desigualdad más elevados que en la población en su conjunto (ENDIS, 2015).

Asimismo, a partir del año 2005 se inician en el Uruguay una serie de reformas sociales e históricas de alto impacto. Las mismas se encuentran en proceso, donde se destaca: la reforma del sistema de salud, la reforma de la seguridad social y la reforma tributaria. A su vez, se genera el diseño de un Sistema de Cuidados que busca impactar en: “la equidad en la distribución del ingreso, la equidad entre varones y mujeres, la promoción

---

<sup>1</sup> Es necesario aclarar que sin desconocer los efectos del uso del lenguaje, se utilizara el genérico masculino a efectos de la practicidad de la lectura del trabajo.

<sup>2</sup> Convenio entre la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) -Facultad de Ciencias Económicas y Administración (UdelAR)- instituto nacional de estadística (INE)

de procesos de cambio poblacionales, en las familias y en el mercado de trabajo” (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013, p. 7).

La implementación de estas políticas públicas en el contexto nacional se entrelaza con un cambio de modelo en el paradigma de salud. Con la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir del año 2007, se hace énfasis en la promoción y prevención con estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y en la equidad social.

Como consecuencia de tales cambios, a partir del año 2008 se conforma un nuevo perfil del Licenciado en Psicología dentro del Sistema de Salud, denominado: *psicólogo de área*, que se adscribe al Primer Nivel de Atención (RAP-ASSE) trabajando desde una perspectiva integral e interdisciplinaria. Dentro de las funciones del *psicólogo de área* se describe una amplia gama de acciones desde la estrategia de APS, articulación interinstitucional y con la comunidad, apuntando a una atención integral del usuario, y a la participación de distintos actores de la comunidad en actividades con fines de promoción de salud (Piñeyro, Trillo, 2008).

En este sentido la presencia de la disciplina de la psicología es reactiva a la transformación del modelo de atención emergente y de la transformación en relación al paradigma de salud basado en la estrategia de APS. Se incorporan a la red asistencial primaria, la atención psicológica con enfoque de salud positiva y comunitaria.

El trabajo en una policlínica de primer nivel de atención, supone el manejo de una perspectiva multidisciplinaria e interdisciplinaria para construir abordajes integrales de acuerdo a las necesidades de los usuarios. En este sentido la interdisciplina no se configura como una teoría unívoca sino que implica una forma de ver las situaciones, a partir de un nuevo posicionamiento que atienda las complejidades cotidianas (Stolkiner, 2005).

En este contexto se enmarca el *Programa de Residencias para Psicólogos en Servicios de Salud*<sup>3</sup> siendo un Convenio celebrado entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (FP-UdelaR) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Durante los años 2011-2014 cumplí funciones como Residente de

---

<sup>3</sup> Disponible en: [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/convenio\\_fp-asse-2.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf)

Psicología en dicho Programa. En una primera etapa desarrollando tareas propias del psicólogo de área en un Centro de Primer Nivel de Montevideo. En este sentido, el trabajo de la presente investigación se inspira en la práctica profesional desarrollada en un Centro de Salud de primer nivel de atención.

En el marco de mi práctica profesional en el Centro de Salud realicé instancias de observación en la sala de espera pediátrica, donde el foco está ubicado entre las madres cuidadoras y los niños de 0 a 2 años. En esas instancias, se observa cierta tendencia de las mujeres madres a transitar por desbordes intersubjetivos (Puget, Berenstein, 1997) con dificultades en contener los impulsos de los niños pequeños. Asimismo, se suma a dichas observaciones, las consultas recepcionadas como *psicóloga de área*, donde se destaca la solicitud de ayuda por parte de los adultos cuidadores (en su mayoría mujeres madres), en relación a la necesidad de orientaciones para abordar aspectos conductuales y afectivos de sus hijos pequeños. A partir de intercambios con esas madres, expresan en muchas ocasiones “*no sé qué hacer con mis hijos*”, “*no sé cómo ponerle límites*”, observándose desborde y estrategias para pautar criterios en relación a la crianza que no resultan efectivos, que generan situaciones de malestar, conflicto y activación de emociones como: angustia, ansiedad, entre otras.

Estas observaciones y registros se enlazan,—desde el marco de formación de la maestría en Psicología y Educación, con la concepción de matrices de aprendizaje como parte de la construcción del sujeto cognoscente (Pampliega, 1992). Estas matrices o modelo interno de aprendizaje, se aprenden desde la interacción social y tiene que ver con la forma en que cada sujeto logra organizar y significar su experiencia, con base en aspectos biológicos. Este sujeto cognoscente, se construye desde etapas tempranas. Es desde el momento del nacimiento, donde se generan protoaprendizajes (Pampliega, 1992). Estos se constituyen en nuevos aprendizajes, donde el bebe se adapta a un ambiente que genera un cambio radical a su condición de existencia. Simultáneamente, se generan un espacio relacional denominado protovínculo, que opera como sostén del bebe. Este vínculo primario es sostenido por la madre (o equivalente) quien genera las condiciones necesarias para la producción de matrices de aprendizaje (Pampliega, 1992).

Tomando todos los aspectos antes mencionados, surge la inquietud de problematizar y comprender elementos de la forma en que se desarrollan los cuidados maternos (o principal cuidador) en los primeros años de vida del niño de 0 a 2 años. A su vez, surge la inquietud por visualizar las estrategias y estilos de cuidado, así como la percepción de la maternidad de mujeres que forman parte de programas de políticas públicas y/o usuarias de un Centro de Salud Público de Primer Nivel de Atención de Montevideo.

### **Breve planteamiento del Problema de investigación**

En la constitución bio-psíquica del infante ocupa un lugar primordial el vínculo madre-bebe, y la relación de apego mantenida con su madre (o equivalente). La sensibilidad materna o del cuidador principal resulta un aspecto fundamental para sostener el desarrollo integral en la primera infancia. Ahora bien, en relación a lo observado a partir de los controles pediátricos, se repite un patrón de desborde por parte de las madres (u otros cuidadores) referentes del cuidado de los niños. Dichos desbordes podrían atender a distintos niveles de impacto social, y del acompañamiento de las redes familiares y/o comunitarias de apoyo en muchos casos debilitadas o desdibujadas. En este sentido, resulta de interés construir un acercamiento hacia las prácticas de cuidado que desarrollan las madres hacia sus hijos durante los primeros 2 años de vida. Se busca acercarse hacia las percepciones que las mujeres tienen acerca de la calidad de cuidados así como la interacción hacia los niños pequeños, en una población específica de la ciudad de Montevideo.

### **Objetivos de la investigación**

**Objetivo general:** - Comprender la construcción de sentidos de las mujeres madres en relación a los cuidados hacia sus hijos de 0 a 24 meses de edad, en un Centro Público de Salud de Primer Nivel de Atención en la ciudad de Montevideo.

#### **Objetivos específicos:**

1. Conocer la construcción de sentidos de las mujeres madres en torno a la calidad de cuidados en los primeros dos años de vida de sus hijos.

2. Indagar la incidencia de las redes de contención de las mujeres madres en su percepción en torno a la calidad de cuidados maternos.
3. Releva la percepción de las mujeres madres sobre la posible incidencia de las políticas públicas dirigidas a la primera infancia en la calidad de los cuidados.

### **Enfoque de la investigación**

La presente investigación se basa en un enfoque cualitativo descriptivo y de carácter transversal, teniendo en cuenta que busca profundizar en la problematización sobre aspectos relativos a la maternidad y la calidad de los cuidados en mujeres madres.

Se toman los relatos realizados por las mujeres madres, para poder interpretar los sentidos por ellas asignados a la calidad de los cuidados, la noción de maternidad e incidencia de políticas públicas. Esta construcción de sentidos se relaciona con la vivencia y el significado otorgado a los acontecimientos de la vida cotidiana que se relatan durante las entrevistas. La construcción de sentidos es parte de la comunicación entre los actores de una sociedad, de una cultura determinada, y que oficia como organizador de las percepciones sobre aspectos de la realidad, que constituyen parte del contexto cultural. Bruner (1995) propone la interpretación de los significados creados por los humanos, centrados en actividades simbólicas usadas "para construir y dar sentido no sólo al mundo, sino también a ellos mismos" (p.20).

La problematización sobre aspectos relativos a la maternidad y la calidad de los cuidados en mujeres madres podrían ser estudiados en distintos ámbitos, constituyendo el ámbito más cotidiano el hogar. Sin embargo, en esta investigación se considera la posibilidad de realizar las entrevistas en otro tipo de escenario. Por ello se considera como escenario de suma relevancia para la cotidianeidad de la diada el que constituye el Centro de Salud. Es un encuadre temporal y espacial presente en la vida de las mujeres madres y sus hijos, en donde circulan valores y significados sobre la maternidad y los cuidados orientados a la primera infancia. Entre estos valores y significados, se considera que en este escenario puede aparecer maximizado el deber ser en el discurso materno, ya que se espera que el tipo de respuestas que brinden las mujeres madres estarían mostrando su condición maternantes y los cuidados con sus hijos. En este sentido, se considera que puede ponerse en juego mitos sociales sobre la

maternidad, en donde impera la necesidad de expresar aspectos relativos a una crianza adecuada, un deber ser referido a las "pedagogías maternas (Darré, 2011). Esta es una condición que fue tomada en cuenta para el análisis de las entrevistas.

El escenario de trabajo de esta investigación es la sala de espera de un Centro de Salud de Primer Nivel de Atención perteneciente al Sistema Público de la Red de Atención Primaria (RAP- ASSE)<sup>4</sup>. Se ubica en una zona de la ciudad de Montevideo que tiene sus particularidades a nivel de la situación residencial y las funciones económicas que cumple respecto a la ciudad, marcados espacios "tugurizados" coexisten con puntos de afluencia turística y centros financieros de importancia nacional. Es un Centro de Salud que refiere una extensa cantidad de usuarios potenciales en territorio y concentra un alto número de demanda asistencial a diario.

Para este estudio se utilizaron como herramientas para la construcción de la información: la entrevista semiestructurada y la observación participante.

En las conclusiones se describen las distintas líneas de análisis surgidas a partir de este estudio, y especialmente se aporta la construcción de sentido realizadas por las mujeres madres que participaron del mismo.

## **Orientaciones al lector sobre la organización del texto**

Esta tesis ha sido organizada en una estructura compuesta por **cinco capítulos**.

En el **primer capítulo**, se realiza la presentación del tema y del problema, así como los antecedentes, preguntas y objetivos de la investigación.

En el **segundo capítulo**, se desarrollan los fundamentos teóricos que sustentan al estudio. Se problematiza y desarrolla constructos teóricos referidos al desarrollo

---

4

La Red de Atención Primaria (RAP-ASSE) es la unidad ejecutora de la Administración de los Servicios del Estado, que desde marzo de 2005 organiza y gestiona el primer nivel de atención en la ciudad de Montevideo y una pequeña parte de la zona metropolitana.

temprano desde la teoría del apego, especialmente en la línea de la sensibilidad y calidad de cuidados. A su vez, se amplían estas conceptualizaciones con aportes en relación a la construcción de subjetividad en la trama vincular madre- hijo desde una perspectiva psicoanalítica. Otras líneas teóricas que nutren y permiten profundizar el análisis de la información recogida en el escenario de la investigación están relacionadas con las conceptualizaciones de la maternidad con una perspectiva de género y de la organización de los cuidados desde un enfoque institucional.

Por otra parte, en el **tercer capítulo**, se presenta el encuadre y estrategia metodológica utilizada para el desarrollo de la investigación, así como las consideraciones éticas.

Se realiza en el **cuarto capítulo**, son presentadas las líneas de análisis y discusión en relación a la construcción de sentidos realizadas por las mujeres madres participantes. La primer dimensión de análisis refiere a la calidad de cuidado y sensibilidad materna. La siguiente dimensión refiere a las prácticas de crianza. Una tercera dimensión supone la construcción de sentidos en torno a las redes familiares y comunitarias. La ultima dimensión, supone los conocimientos y participación en servicios públicos: salud, educación y cuidados, los sentidos en relaciona a la hipotética incidencia en la calidad de los cuidados de las mujeres madres.

En el **quinto capítulo**, se presentan las consideraciones finales, donde se incluyen las conclusiones arribadas en relación con los objetivos y las preguntas de investigación propuestos, en torno a la conceptualizaciones de cuidados, maternidad e incidencia de políticas públicas. A su vez, se desarrolla un apartado con sugerencias que intentan aportar a futuras líneas de investigación e intervención. Posteriormente, se incluyen las referencias bibliográficas y anexo. En el anexo se presenta la guía de entrevista semiestructurada profundidad, el consentimiento informado y la presentación de la caracterización de la ficha socio-demográfica.



# Capítulo 1: Organización del estudio

## 1.1 Relevancia de la temática a estudiar

En el Uruguay actual, se observa una tendencia a nivel del comportamiento demográfico que indica tasas de natalidad bajas y decrecientes. Según el Censo Nacional del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011), las proyecciones demográficas realizadas no prevén cambios a dicha situación, por lo que la población uruguaya transita hacia un paulatino envejecimiento. Asimismo el comportamiento no es homogéneo en toda la sociedad uruguaya, encontrándose de acuerdo a los datos relevados por el último Censo (INE, 2011) mayor cantidad de nacimientos en los estratos socio-económicos más vulnerables.

De acuerdo a los datos de la Encuesta Continua de Hogares del INE (ECH, 2014) la distribución de los niños y las niñas menores de 11 años indica que en los hogares de menores ingresos se tienen más niños que los de mayores ingresos; cerca del 50% de esos niños viven en los hogares más pobres<sup>5</sup>, la incidencia de la pobreza aumenta en los hogares con mayor cantidad de menores a cargo. Mientras que la pobreza es del 9,5 por ciento entre los hogares con un único niño, en los hogares con tres o más menores es del 37,8 por ciento (ECH, 2014). Otro dato a destacar es que mientras para la totalidad de los hogares del Uruguay la pobreza alcanza un índice del 6,4 por ciento, para los hogares con niños menores a 12 años a cargo asciende a una incidencia del 14,7 por ciento (ECH,2014).

La Primer Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y desarrollo infantil (ENDIS)<sup>6</sup> presentada públicamente en el corriente año, constituye un aporte para la comprensión del estado actual de la primer infancia y de los adultos que offician como cuidadores principales. Específicamente la incidencia de la pobreza alcanzó el 23,9 por ciento de

---

<sup>5</sup> La pobreza, es una situación que surge como producto de la imposibilidad de acceso o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades básicas, el cálculo implica la elaboración de una Canasta Básica Total (CBT), que contiene la agregación de ciertos bienes y servicios (alimentos, vivienda, salud, educación, etc.) que se consideran elementales para asegurar un mínimo de bienestar a los individuos(ECH, INE, 2014)

<sup>6</sup> Convenio entre la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) -Facultad de Ciencias Económicas y Administración (Udelar)- instituto nacional de estadística (INE)

los hogares con niños de 0 a 3 años, representando niveles de desigualdad más elevados que en la población en su conjunto (ENDIS, 2015).

Este panorama complejiza la escena nacional, generándose como estrategias de cuidado programas que atiendan al desarrollo integral de la mujer embarazada y de la primera infancia, entendiendo la atención a esa franja poblacional como prioritaria.

A partir del año 2005 se inician en el Uruguay una serie de reformas sociales e históricas de alto impacto. Las mismas se encuentran en proceso, donde se destaca: la reforma del sistema de salud, la reforma de la seguridad social y la reforma tributaria. A su vez, se genera el diseño de un Sistema de Cuidados que busca impactar en: “la equidad en la distribución del ingreso, la equidad entre varones y mujeres, la promoción de procesos de cambio poblacionales, en las familias y en el mercado de trabajo” (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013, p. 7).

Este Sistema Nacional de Cuidados (SNC) aún en proceso de diseño e implementación, busca ahondar en una reforma social, implicando cambios en relación al valor del cuidado, en su aspecto de construcción cultural, así como re-valorizar las tareas de cuidado en las familias, con perspectiva de igualdad de género y de responsabilidad del Estado. Dentro del SNC se encuentra como población objetivo los niños de 0 a 3 años, que corresponde a un 5,32 por ciento de la población del país, de los cuales el 49 por ciento corresponden a la franja de poblacional con mayor vulnerabilidad económica (20 por ciento de la población total) (ECH, 2014). A partir de la ENDIS (2015) se visualiza que en los sectores de menores ingresos existe mayor dependencia de la cobertura pública así como una distribución de roles y funciones más tradicionales en el hogar. Resulta representativo que sean los varones quienes se integran en el mercado laboral remunerado a tiempo completo y las mujeres realizan las tareas de cuidado en el hogar (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015). En este sentido queda explícito que la división sexual de los cuidados a la primera infancia de estos hogares (tendencia que se observa en el resto de la población) prosiguen las líneas tradicionales de género. En este sentido, las mujeres mantienen la responsabilidad de los cuidados como actividad no remunerada, con dependencia económica de terceros, y a su vez se detecta que las redes de apoyo familiares para los cuidados también son sostenidas mayoritariamente por mujeres (ejemplo: abuelas).

En lo que refiere a la implementación de políticas públicas a nivel nacional para el cuidado de la primera infancia, se destaca la presencia desde 1988 de los Centros de Atención Integral a la Infancia y las Familias (Plan CAIF) que representa la coordinación de abordaje intersectorial entre el Estado y Asociaciones Civiles. Se trabaja con niños de 0 a 3 años y sus familias. Desde el Plan se busca brindar oportunidades de aprendizaje, promoción de bienestar apuntando hacia el desarrollo saludable de los niños, siendo uno de los objetivos prioritarios fortalecer el vínculo entre adultos referentes (cuidadores) y niños (CAIF, 2008).

Dentro de la atención de CAIF, se encuentra el Programa de Estimulación Oportuna, dirigida a niños de 0 a 12 meses y sus madres (o cuidador principal). Es un espacio semanal a cargo de Psicomotricista y Educadora en donde se trabaja con las madres y sus bebés, favoreciendo experiencias de aprendizaje y de interacción entre la díada. Estimulación oportuna constituye un espacio de participación por parte de las madres (o cuidador principal) que representa un puente hacia acciones preventivas y un espacio de apuntalamiento en la crianza, con apoyo profesional e institucional (CAIF, 2008).

Para los niños de 2 y 3 años, la propuesta de CAIF consiste en un espacio pedagógico y lúdico en una modalidad de asistencia diaria contando con un programa nutricional (ídem, 2008). Se fomenta el desarrollo integral y la participación en dicho proceso por parte de la familia. Es de importancia la implementación del Plan CAIF por su carácter de innovación y accesibilidad a servicios que apuntan al cuidado temprano, y que atiende una importante franja poblacional, actualmente a más de 45.000 niños y sus familias.

Por otra parte, la creación del Programa “Uruguay Crece Contigo. La infancia primero” (UCC) busca ser un espacio de articulación y fortalecimiento de las acciones orientadas a las familias con niños menores a 4 años y con mujeres en situación de embarazo. Este modelo de trabajo se inspira en la experiencia y trayectoria de dos programas evaluados con impacto positivo: “Chile Crece Contigo” a nivel internacional, y “Canelones Crece Contigo” a nivel nacional. El objetivo principal es afianzar un sistema de protección integral a la primera infancia, mediante una política pública que garantice los cuidados apropiados de las mujeres embarazadas y el desarrollo integral de niños

menores de 4 años, con perspectiva de derechos. Se priorizan aquellas situaciones que presenten vulnerabilidad social y/o sanitaria, con un valor de Índice de Carencias Críticas elevado<sup>7</sup> y/o situaciones de daño o riesgo sanitario (UCC, 2012).

Mediante el trabajo de Operadores de Cercanía (técnicos del área social y salud) se realiza un trabajo en los hogares que presentan mayor vulnerabilidad, con el objetivo de “fortalecer las capacidades de las familias para desarrollar buenas prácticas de crianza, mejorando de esta manera las condiciones de salud, de nutrición y el desarrollo infantil” (UCC, 2012). Se realiza un trabajo de coordinación con las redes comunitarias, instituciones, con el fin de facilitar y garantizar el acceso a las prestaciones sociales que les corresponde por derecho a estas familias.

La implementación de estas políticas públicas en el contexto nacional se entrelaza con un cambio de modelo en el paradigma de salud. Con la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir del año 2007, se hace énfasis en la promoción y prevención con estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Dentro de los objetivos programados en el SNIS se destaca el valor de equidad social:

Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población (ley 18211, art. 4º)

Con la reforma del sistema de salud, se promueve un cambio de modelo de atención, basado en APS e integrado en redes con ejes estratégicos (OPS, 2009). La Red de Atención Primaria (RAP) es la unidad ejecutora de ASSE que desde el año 2005 organiza y gestiona el primer nivel de atención en salud en la ciudad de Montevideo y parte de zona metropolitana. Dentro de la visión<sup>8</sup> de la RAP se busca “Brindar atención a la salud con criterios de integralidad, oportunidad, accesibilidad, calidad, continuidad y equidad, consolidando un modelo de atención humanizado con enfoque

---

7

Este índice ha sido elaborado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y es el que se aplica como criterio de elegibilidad de la Tarjeta Uruguay Social.

8

La visión y misión de la Red de Atención Primaria se encuentran disponibles en: [http://www.asse.com.uy/uc\\_2371\\_1.html](http://www.asse.com.uy/uc_2371_1.html)

interdisciplinario y la plena participación de funcionarios y beneficiarios, desde una perspectiva de derechos”.

De igual forma, a partir de la descentralización (2008) del sistema de salud, se crea la Dirección de Salud Mental de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Se propone atención en salud mental acorde a las necesidades de los usuarios, centrada en los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Mental en el SNIS.

En este sentido continúa la ley n° 18211, art. 4°:

(...) “Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, (...) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales”.

Como consecuencia de tales cambios, a partir del año 2008 se conforma un nuevo perfil del Licenciado en Psicología dentro del Sistema de Salud, denominado: *psicólogo de área*, que se adscribe al Primer Nivel de Atención (RAP-ASSE) trabajando desde una perspectiva integral e interdisciplinaria. Dentro de las funciones del *psicólogo de área* se describe una amplia gama de acciones desde la estrategia de APS, articulación interinstitucional y con la comunidad, apuntando a una atención integral del usuario, y a la participación de distintos actores de la comunidad en actividades con fines de promoción de salud (Piñeiro, Trillo, 2011).

En este sentido la presencia de la disciplina de la psicología es reactiva a la transformación del modelo de atención emergente y de la transformación en relación al paradigma de salud basado en la estrategia de APS. Se incorporan a la red asistencial primaria, la atención psicológica con enfoque de salud positiva y comunitaria. Se busca adecuar la intervención psicológica a las necesidades de la población, trascendiendo las instancias clínicas tradicionales y específicas. De esta forma, se inicia el abordaje con poblaciones prioritarias, donde se destaca la mujer embarazada y la primera infancia. Dentro de ello, se hace énfasis en la participación de espacios de consultoría abiertos sobre pautas de crianza, buenas prácticas alimenticias (lactancia materna exclusiva) entre otros.

El trabajo en una policlínica de primer nivel de atención, supone el manejo de una perspectiva multidisciplinaria e interdisciplinaria para construir abordajes integrales de acuerdo a las necesidades de los usuarios. En este sentido la interdisciplina no se configura como una teoría unívoca sino que implica una forma de ver las situaciones, a partir de un nuevo posicionamiento que atienda las complejidades cotidianas (Stolkiner, 2005).

En este contexto se enmarca el *Programa de Residencias para Psicólogos en Servicios de Salud*<sup>9</sup> siendo un Convenio celebrado entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (FP-UdelaR) y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Dentro de los objetivos de dicho Convenio (2009) se destacan:

1. La formación de recursos humanos en salud, específicamente psicólogos, con los niveles de calidad y actualización requeridos por la sociedad uruguaya y acorde a los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud.
2. La producción de conocimientos psicológicos en el campo de la salud, que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población uruguaya.

Quienes postulen su ingreso a la *residencia*, deberán ser Licenciados en Psicología, con hasta tres años de egreso, y rendir una prueba de oposición y mérito. La *residencia* tiene una duración de tres años y recientemente fue aprobada por el Consejo Directivo Central de la UdelaR<sup>10</sup> como *Especialización en Psicología en Servicios de Salud*, con una titulación final de: "*Psicólogo especialista en Servicios de Salud*". Es una apuesta académica y política innovadora, integrando al psicólogo novel como agente de salud en distintos equipos interdisciplinarios.

Durante los años 2011-2014 cumplí funciones como Residente de Psicología en dicho Programa. En una primera etapa desarrollando tareas propias del psicólogo de área en un Centro de Primer Nivel de Montevideo. En este sentido, el trabajo de la presente

---

9

Disponible en: [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/convenio\\_fp-asse-2.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf)

10

investigación se inspira en la práctica profesional desarrollada en el Centro de Salud de primer nivel de atención.

De este modo se describe la experiencia a partir de la realización de instancias de observación en la sala de espera pediátrica, donde el foco está ubicado entre las madres cuidadoras y los niños de 0 a 2 años. En esas instancias, se observa cierta tendencia de las mujeres madres a transitar por desbordes intersubjetivos (Puget, Berenstein, 1997) con dificultades en contener los impulsos de los niños pequeños. Asimismo, se suma a dichas observaciones, las consultas recepcionadas por el *psicólogo de área*, donde se destaca la solicitud de ayuda por parte de los adultos cuidadores (en su mayoría mujeres madres), en relación a la necesidad de orientaciones para abordar aspectos conductuales y afectivos de sus hijos pequeños. A partir de intercambios con esas madres, expresan en muchas ocasiones *“no sé qué hacer con mis hijos”*, *“no sé cómo ponerle límites”*, observándose desborde y estrategias para pautar criterios en relación a la crianza que no resultan efectivos, que generan situaciones de malestar, conflicto y activación de emociones como: angustia, ansiedad, entre otras.

Tomando estos aspectos, surge la inquietud de comprender y problematizar elementos de la forma en que se desarrollan los cuidados maternos (o principal cuidador) en los primeros años de vida del niño de 0 a 2 años. A su vez, visualizar las estrategias y estilos de cuidado, así como la percepción de la maternidad de mujeres que forman parte de programas de políticas públicas y/o usuarias de un Centro de Salud Público de Primer Nivel de Atención de Montevideo.

## **1. 2 Planteamiento del Problema de investigación**

Los primeros años de vida constituyen una etapa vital prioritaria en perspectiva de desarrollo neuro-cognitivo y afectivo. En la constitución bio-psíquica del infante ocupa un lugar primordial el vínculo madre-bebe, y la relación de apego mantenida con su madre (o equivalente). La presencia de cuidados de calidad hacia los niños, tiene relación con el desarrollo de patrones de sensibilidad hacia las necesidades de los mismos. La sensibilidad materna o del cuidador principal resulta un aspecto fundamental para sostener el desarrollo integral en la primera infancia. Ahora bien, en relación a lo observado a partir de los controles pediátricos, se repite un patrón de desborde por parte de las madres (u otros cuidadores) referentes del cuidado de los niños. Dichos desbordes podrían atender a distintos niveles de impacto social, y del acompañamiento de las redes familiares y/o comunitarias de apoyo en muchos casos debilitadas o desdibujadas. En este sentido, resulta de interés construir un acercamiento hacia las prácticas de cuidado que desarrollan las madres hacia sus hijos durante los primeros 2 años de vida. Se espera acercarse hacia las percepciones que las mujeres tienen acerca de la calidad de cuidados así como la interacción hacia los niños pequeños, en una población específica de la ciudad de Montevideo.

Por tanto, desde este estudio se propone investigar sobre las construcciones de sentido de las mujeres en relación a la calidad de cuidado a sus hijos menores de 2 años. Se busca analizar la incidencia de las redes familiares de sostén en la vida cotidiana enfatizando en las situaciones de estrés en la crianza. A su vez las políticas públicas pueden ser consideradas como otra red de sostén. Por ello se indagará en torno a la incidencia de las políticas públicas en relación a la percepción de los cuidados, profundizando y problematizando si las intervenciones realizadas por los programas especializados en primera infancia las cuales pretenden incidir en los patrones de calidad de cuidado y estimulación temprana. En ese sentido, si las intervenciones producen modificaciones o cambian o alteran su forma de relacionamiento.



### **1.3 Objetivos de la investigación**

**Objetivo general:** - Comprender la construcción de sentidos de las mujeres madres en relación a los cuidados hacia sus hijos de 0 a 24 meses de edad, en un Centro Público de Salud de Primer Nivel de Atención en la ciudad de Montevideo.

#### **Objetivos específicos:**

- Conocer la construcción de sentidos de las mujeres madres en torno a la calidad de cuidados en los primeros dos años de vida de sus hijos.
- Indagar la incidencia de las redes de contención de las mujeres madres en su percepción en torno a la calidad de cuidados maternos.
- Releva la percepción de las mujeres madres sobre la posible incidencia de las políticas públicas dirigidas a la primera infancia en la calidad de los cuidados.

#### **Preguntas a las que se busca responder:**

¿Las narraciones de estas mujeres con relación a sus experiencias relativas a la maternidad dan cuenta de que las políticas públicas dirigidas a la primera infancia han afectado la representación de sí misma en torno a la calidad de cuidado y sus prácticas concretas?.

¿La percepción de estas mujeres en torno a la calidad de cuidado materno, se ve afectada por la presencia de redes de contención? ¿Las políticas públicas - programas que apuntan a la primera infancia y su familia- son concebidas por ellas como redes de contención?.

## **1.4 Estado de la cuestión:**

Tomando en cuenta el problema de investigación que se busca comprender, se realizó una exploración de antecedentes en relación a la temática: maternidad, calidad de cuidado y primera infancia.

### ***1.4.1 Investigaciones a nivel nacional:***

En el Uruguay se han desarrollado distintas líneas de investigación en torno a la maternidad y la interacción madre-bebe, desde una perspectiva interdisciplinaria, en el intersticio de la neonatología, pediatría, psicología y la psiquiatría.

Es un antecedente de relevancia a nivel nacional la creación de un grupo de estudio sobre la relación madre-bebe en el marco del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo humano (CLAP) a partir de 1984. El mismo se desarrolla a partir del trabajo desarrollado por el Dr. José Díaz Rosselló, con la video-filmación de interacciones tempranas madre-bebe en un hospital público en la ciudad de Montevideo. Ese vasto material fue analizado en profundidad por un grupo interdisciplinario de expertos del medio, entre quienes se destaca R. Benardi, M. Strauch, I. Clerc, V. Guerra, C. Rodríguez (Díaz Rosselló, 1991). Organizan aspectos teóricos de relevancia en la temática, y desarrollan un esquema de observación de la interacción madre-hijo en los primeros meses de vida, donde se priorizan los aspectos verbales y no verbales de la madre, así como las conductas más primarias del bebe. Lo describen como instrumento que podría ser utilizado por el equipo de salud, para aportar mayor comprensión a la complejidad de ese vínculo temprano, fundamental para el desarrollo humano (Díaz Rosselló, 1991).

A su vez, la psicoanalista Mercedes Freire Garbarino ha sido una referente para la psicología a nivel nacional. Se destaca en esta instancia la conformación en el año 1981 del grupo de trabajo de Terapias Breves en díadas madre-bebe con trastornos de sueño, con copiosas producciones. Crean la teoría Estructura Interaccional Temprana (conformada por imagen interna, ritmos y sincronías, semantización y decodificación) (Freire Garbarino, 1992).

Otro antecedente a destacar es el trabajo desarrollado por la Lic. en Psicología Denise Defey, docente de larga trayectoria en el ámbito de la Universidad de la República, especialmente en el área de la Psicología y la Psicología Médica. Desde su inclusión hace más de 20 años en el ámbito del Hospital Pediátrico Pereira Rossell ha desarrollado líneas de investigación perinatal. Entre los estudios realizados, encontramos la “Evaluación del apego madre-hijo en las primeras setenta horas de postparto”. Se centran en las primeras 72 horas posteriores al parto, considerando a este momento como esencial para el establecimiento de vínculo de apego de la díada madre- bebe; las madres que apuntaba la investigación eran adolescentes. Los resultados de dicha investigación, indican que es fundamental que los primeros contactos madre-bebe sean de calidad, en donde la madre adolescente se sienta cuidada y acompañada, en especial por la presencia de su pareja y el apoyo familiar. Los aportes a la comprensión de la mujer en situación de embarazo y puerperio, resultan referentes para el abordaje en diversas situaciones requeridas, especialmente a los aspectos que refieren al apoyo de la mujer en situación de puerperio (Defey, 1995).

Desde el año 2009 surgen en el Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República (UdelaR), los denominados “Centros Interdisciplinarios” que se articulan por “áreas- problemas”. Funciona allí el Centro de Infancia y Pobreza (CIIP) el cual se orienta al análisis y abordaje del desarrollo, crecimiento de los niños en condiciones de pobreza, de su familia así como de las instituciones que trabaja con la infancia. El CIIP tiene como antecedente a su conformación al “Grupo interdisciplinario de estudios psico- sociales” (GIEP) en Facultad de Medicina (UdelaR) desde el año 1989. Actualmente se vienen desarrollando varios proyectos de investigación en el CIIP, donde podría ser de relevancia para nuestro estudio el acceder al proyecto: “Análisis de bases de datos de desarrollo infantil, prácticas de crianza”. A su vez, es de relevancia tomar como antecedente al CIIP a raíz de los aportes en materia neurocognitiva desde la temprana infancia, sosteniendo que como etapa de extrema sensibilidad el efecto de factores de pobreza extrema y/o factores de riesgo familiares potencian el periodo crítico del desarrollo del niño, momento en donde se instalan las bases del aprendizaje y la socialización.

Se considera como antecedente relevante a la presente investigación, el trabajo desarrollado por la Mag. Cecilia Marotta (2009) denominado: *"un estudio cualitativo del vínculo madre- hijo en adolescentes madres de sectores de pobreza"*. Los objetivos de dicha investigación cualitativa, consistieron en conocer las características del vínculo madre-hijo en adolescentes de sectores de pobreza, la trasmisión de significados y prácticas de maternidad a nivel intergeneracional, y a su vez en clave de perspectiva de género, el rol de las redes de contención y sostén (Marotta, 2009).

Otro de las investigaciones que oficia como antecedente pertinente, es la desarrollada por la Mag. Carolina Farias (2014), denominada: *"Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia"*. En la misma se aborda el problema de la cesárea, desde las vivencias singulares y significados en mujeres primigestas. Se utilizó un estudio cualitativo y descriptivo, donde mediante entrevistas semidirigidas describir la vivencia subjetiva de la cesárea e identificar las posibles repercusiones en las mujeres. Las vivencias relatadas por las mujeres participantes expresan subjetivamente el impacto emocional de la cesárea. Los resultados de la investigación apuntan a la necesidad de revisar el estilo de atención sanitaria de las mujeres embarazadas y en situación de puerperio, donde se promuevan, defiendan y protejan los derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, la ONG "Atención Temprana a la Infancia" (ATI) viene desarrollando estudios en torno al apego y desarrollo, con énfasis en los cuidados desde la familia. En este sentido, junto a un equipo del Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano de la Facultad de Psicología, llevan adelante la implementación del Proyecto de investigación: *"Canción de cuna como una de las estrategias de regulación emocional y sus relaciones con la sensibilidad materna, las representaciones mentales maternas del apego y los precursores del apego infantil: en el contexto Latinoamericano"*, Proyecto con autoría de Marina Altmann de Litvan (ONG ATI); impulsado a su vez por el Grupo Investigación Desarrollo, Afectividad y Cognición – Pontificia Universidad Javeriana – Colombia (PhD Alicia Carbonell et al.).

En relación a los cuidados, se toma como antecedente la investigación desarrollada por las sociólogas Dra. Karina Batthyány, Mag. Natalia Genta y Mag. Valentina Perrotta *"Cuidados no remunerados: el aporte de las mujeres y las familias al sistema de salud en Uruguay"*(Proyecto CSIC I+D, 2013). Se busca investigar sobre el sistema de

cuidado domestico en salud no remunerado en el Uruguay, buscando generar conocimientos sobre cuidados y sistemas de protección y bienestar. En el marco del proyecto de investigación se implementa la encuesta sobre "Cuidados no remunerados en Salud", constituyéndose históricamente en la primera encuesta realizada a nivel nacional con esos fines (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015). Los resultados aportados manifiestan que los cuidados de salud no remunerados corresponden en alta proporción a los brindados desde el hogar, especialmente realizados por las mujeres (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015).

#### ***1.4.2 Investigaciones a nivel internacional:***

A nivel regional, encontramos interesantes experiencias en Argentina, Colombia y Chile.

En Argentina se desarrolló una investigación-acción denominada "El placer de criar, la riqueza de pensar" a cargo de S.Schlemenson, M. Pereira, M. Di Scala, A. Meza y S. Cavalleris. La investigación se orientaba a madres (o adulto que cumpliera dicha función) en situación de pobreza extrema (en 4 villas en la ciudad de Buenos Aires) para conocer las pautas de crianza que influyen en el desarrollo psíquico de sus hijos. Se conformaron grupos de reflexión, con frecuencia semanal y una duración de 10 encuentros donde se abordaban aspectos sobre sus prácticas de crianza, coordinado por psicólogos especializados en el tema (Schlemenson et al., 2011). Este estudio rescata a partir de los sentidos y las narrativas de las madres (o equivalente libidinal) aspectos subjetivantes de la función materna y sobre las características de las pautas de crianza.

En Colombia la Prof. PhD. Alicia Carbonell y colaboradores, tienen larga trayectoria en el estudio del efecto del apego en la primera infancia en relación a los progenitores (cuidadores). Dentro de las líneas de investigación desarrolladas, se encuentra la Caracterización de la Sensibilidad Materna y la calidad del cuidado materno. Esta línea de investigación busca identificar expectativas, creencias de la embarazada, categorizar y generar asociaciones entre el ideal del comportamiento materno y el comportamiento real de la díada madre-bebe en interacción cotidiana. Dentro de los resultados

esperados de la investigación se destaca la importancia de profundizar las creencias y expectativas maternas ideales y las acciones de cuidados reales con sus componentes cognitivos, afectivos y ambientales. (Carbonell, Plata y Alzate, 2006). Las investigaciones a cargo de Carbonell y equipo colaborador resultan de sumo interés y relevancia para la construcción de la investigación que me compete, debido a la rigurosidad en profundizar y comprender sobre la noción de sensibilidad materna desde una perspectiva vincular, con énfasis en la conceptualización de Sensibilidad Materna de M. Ainsworth.

En la Universidad de Manizales (Colombia) se ha desarrollado una investigación a cargo de Martínez, M; García, M denominada: "Implicaciones de la crianza en la regulación del estrés" (2011). Buscaron la comparación de investigaciones en relación a la regulación del estrés centradas en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, y en la manera como las experiencias tempranas de estrés pueden configurar la reactividad del sistema. Rescatan la importancia de la crianza sensible para promover el desarrollo de sistemas autorregulatorios adecuados. Sostienen, que la salud emocional en la primera infancia tiene relación directa con la caracterización emocional del ambiente próximo (cuidadores principales y secundarios) así como de las redes institucionales próximas.

La Red Iberoamericana de Apego (RIA) desarrolla la investigación "Canción de cuna, sensibilidad materna, representaciones mentales maternas del apego, estrategias de regulación emocional y precursores del apego infantil: En el contexto Latinoamericano". Es un estudio exploratorio y descriptivo, donde se busca caracterizar las estrategias regulatorias maternas, específicamente en la canción de cuna como recurso natural y cultural en el contexto latinoamericano. A su vez investigar las relaciones existentes entre la sensibilidad materna, las representaciones mentales maternas del apego y los precursores del apego infantil en ambiente natural (hogar) y en situación extraña (laboratorio) (RIA, 2014).

Desde la Universidad de Desarrollo en Chile se llevó adelante el "Estudio de eficacia sobre dos intervenciones basadas en el fomento del Apego Temprano en díadas madre-bebe provenientes de la región metropolitana de Santiago de Chile" a cargo de Felipe Lecannelier y equipo colaborador (2009). Se buscaba evaluar la calidad del apego

temprano y la depresión post-parto materno. Participaron de la investigación díadas madre-bebe (entre 2 y 4 meses de edad) usuarios de “Consultorios de Atención Primaria” en la ciudad de Santiago de Chile. El nivel socio-económico de la población participante oscilaba entre bajo y medio-bajo. Se realizaron tres grupos: uno asistía al taller de apego, otro al de masaje y el tercero era el grupo control. Se utilizó la Escala de Edimburgo (EPDS) para evaluar sintomatología depresiva durante el post-parto en las madres. La calidad del apego fue evaluada a partir de la utilización de una Escala de Apego durante Estrés (Escala ADS) que a partir de la observación de la díada permite obtener indicadores sobre el estilo de apego. Esta escala también denominada Massie-Campbell fue construida para ser aplicada en la consulta pediátrica o en situaciones de estrés leves. Asimismo se utiliza una pauta de identificación socio-demográfica para obtener datos sobre la madre del bebe y su familia, entre las que se destaca si alguna vez había realizado consulta con equipo de salud mental. En cuanto a los talleres realizados resulta de interés describir brevemente en qué consistían. El taller de apego se organizó en seis encuentros de una hora y media con las díadas madres-bebes con el fin de fomentar un apego seguro mediante un incremento en la capacidad de sensibilidad materna y mentalización (Lecannelier et al., 2009). Cada encuentro se estructuró en base a un tema que el coordinador del taller introducía en el grupo (metodología taller). Los temas que se trataron en los encuentros fueron: 1) Primer encuentro; 2) Enriqueciendo la relación madre-bebe; 3) Adaptándose a las necesidades del bebe; 4) Descubriendo la individualidad del bebe; 5) Enriqueciendo la relación madre-bebe por medio del juego; 6) Despedida y cierre (Lecannelier et al., 2009). En cuanto al taller de masaje consistió en una intervención grupal con entrenamiento en la técnica de “masaje infantil” a las madres (un encuentro con duración de una hora y media). Luego le siguen siete encuentro con la díada madre-bebe con una duración de 20 minutos. En cuanto a los resultados obtenidos de la investigación, Lecannelier et al (2009) destacan que en el grupo control la proporción de apegos seguros e inseguros se mantiene invariable, en contraposición a los grupos con taller donde se observa un aumento de los porcentajes de apego seguro, especialmente en el de apego. A su vez el equipo investigador concluye que el taller de apego incide en la disminución de la depresión post parto materna, agregando que la intervención grupal sobre el fomento del apego es una propuesta innovadora para ayudar a la díada madre-bebe en el fortalecimiento de la sensibilidad materna y mentalización.

A su vez, Lecannelier (2014) presenta una propuesta de intervención denominada A.M.A.R Terapéutico, la cual consiste en trabajar con las madres y los padres (o equivalentes cuidadores) la adquisición de cuatro habilidades fundamentales para el fomento del apego y su buen desarrollo. Las habilidades son Atención hacia el stress y necesidades del niño; Mentalización hacia el stress y las necesidades del niño; Automentalización de los propios procesos emocionales de los padres cuando el niño está en stress; Regulación del stress del niño.

Asimismo en Chile se desarrolló la investigación "Estrés materno y configuración familiar: estudio comparativo en familias chilenas monoparentales y nucleares de bajos ingresos" con resultados publicados por las investigadoras a cargo del estudio: Olhaberry y Farkas (2012). La investigación que fue apoyada por la Comisión Nacional Científica y Tecnológica de Chile, buscó estudiar sobre el estrés materno durante la crianza en las familias de nivel socioeconómico más vulnerable en ciertas ciudades de Chile. Según los resultados del estudio, afirman que los niveles de estrés son más altos en las madres pertenecientes a familias monoparentales económicamente más vulnerables.

En otras regiones, como España, se ha desarrollado la investigación "Interacción temprana madre-hijo y factores que afectan negativamente a la parentalidad" (2006) en la Universidad de Valencia, a cargo de las investigadoras: A. Cerezo, R. Trenado y G. Pons-Salvador. El estudio explora los perfiles maternos de reacción ante las conductas de sus hijos (bebés) y el tipo de respuesta que emiten (sensible- no sensible) y el estilo de autorregulación emocional.



## Capítulo 2: Fundamentos teóricos

El marco de referencia de la presente tesis problematiza y desarrolla constructos teóricos referidos al desarrollo temprano desde la teoría del apego, especialmente en la línea de la sensibilidad y calidad de cuidados. A su vez, se amplían estas conceptualizaciones con aportes en relación a la construcción de subjetividad en la trama vincular madre- hijo desde una perspectiva psicoanalítica. Otras líneas teóricas que nutren y permiten profundizar el análisis de la información recogida en el escenario de la investigación están relacionadas con las conceptualizaciones de la maternidad con una perspectiva de género y de la organización de los cuidados desde un enfoque institucional.

### **2.1 Conceptualizaciones sobre teoría del apego: sensibilidad materna y calidad de cuidado**

Resulta relevante para la presente investigación profundizar en conceptualizaciones relativas a los aportes de la teoría del apego, específicamente en los conceptos de base segura, sensibilidad materna y calidad de cuidados, tomando en cuenta los objetivos que se han propuesto para el desarrollo y análisis de la misma.

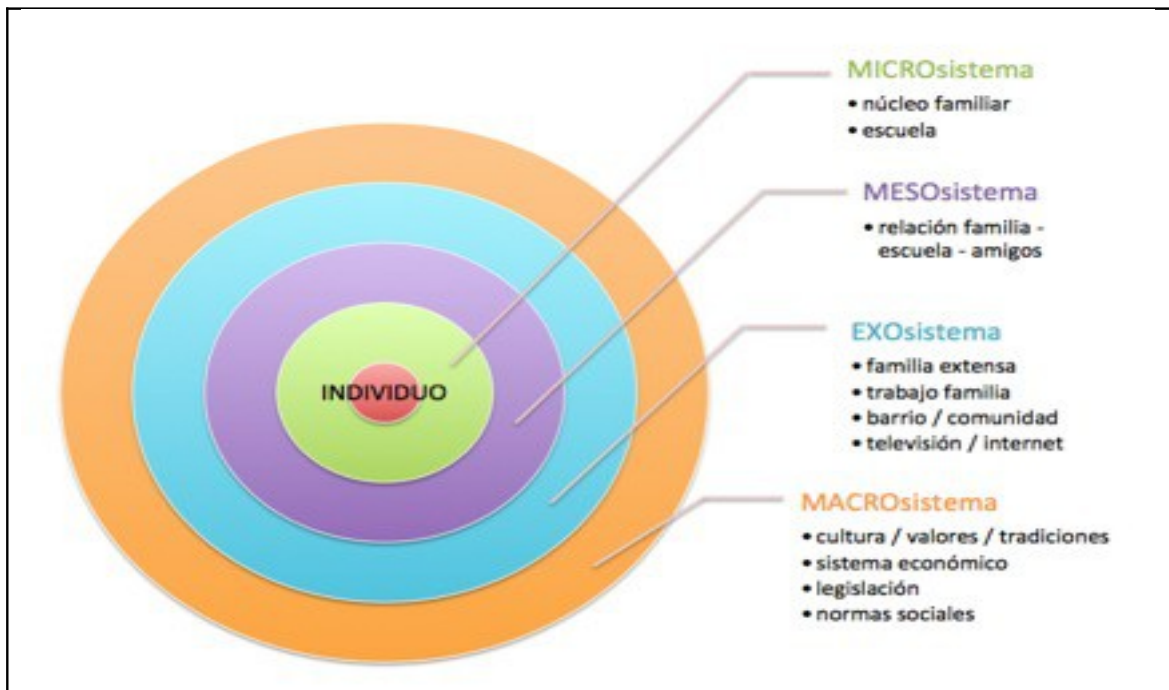
Desde la teoría ecológica del desarrollo humano Bronfrenbener (2002) propone la importancia de las interacciones continuas, destacando que es relevante comprender y estudiar los ambientes de la persona en desarrollo ya que existe una "progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive (...)" (Bronfrenbener, 2002, p. 40). Este proceso está influido por las relaciones que se forman entre estos entornos y por contextos más amplios en donde se incluyen esos entornos ya mencionados. En este sentido, la relación de la persona con el ambiente es de carácter bidireccional y recíproco.

De acuerdo a este modelo, el desarrollo se produce en un contexto socio-histórico-cultural determinado, influido por distintos factores internos y externos, como producto

de las interacciones continuas y dinámicas que ocurren entre una persona con características biológicas específicas y su entorno (inmediato y distante).

En este sentido, Bronfrenbener (2002) describe al ambiente ecológico como una serie de estructuras concéntricas interrelacionadas y contenidas una dentro de otra. Las denomina micro, meso, exo y macro sistemas.

En el siguiente cuadro se representa el modelo de desarrollo propuesto por Bronfrenbener (2002).



De esta manera, se entiende que el desarrollo humano desde la temprana infancia está determinado por la experiencia vivida en el transcurso del tiempo, en un ambiente determinado, producto de un proceso dinámico de interacción progresiva de un individuo hacia otros individuos próximos del ambiente, incluyendo aspectos emocionales y símbolos construidos socio-históricamente (Ortiz; Nieto, 2012).

Esta teoría aporta elementos de relevancia para observar qué sucede en las interacciones cotidianas y específicamente en esos entornos, que de acuerdo a Bronfrenbener (2002) tienen mayor influencia en el desarrollo. De esta forma sostiene que las relaciones proximales entre el niño y los adultos que ejercen el rol de cuidador

principal, y que se centran en la interrelación del micro sistema (familiar y social) es el mecanismo central del desarrollo humano (Bronfenbener, 2002).

Las conceptualizaciones provenientes de la teoría del apego propuestas por Bowlby (1986, 1989) y por Ainsworth, configuran una de las teorías sobre el desarrollo emocional de relevancia en la psicología contemporánea. Los cuidados maternos constituyen un factor central en el modelo de desarrollo de las relaciones vinculares madre-bebe realizado por Bowlby (1986, 1989).

Desde la teoría del apego, Bowlby (1986) desarrolla la importancia del vínculo temprano entre el bebe y su madre en particular (o equivalente libidinal sustituto). Propone que existe una predisposición del niño a relacionarse con los adultos que lo cuidan y que se establecen como figuras estables. El apego se construye en la interacción del infante y su entorno próximo, ya que se nace con predisposición biológica a establecer lazos vinculares que habilitarán el desarrollo de otras habilidades inherentes a lo humano (Bowlby, 1986).

Asimismo, Bowlby (1989) define al apego como aquel comportamiento en donde un individuo busca aproximarse a otro, donde a su vez puede existir una diferencia de estatus (ejemplo: edad). Es por tanto, una tendencia a establecer lazos emocionales que implican proximidad física y emocional, siendo un comportamiento biológicamente predeterminado, que inicia en la infancia y continúa durante todo el ciclo vital.

Los rasgos conceptualizados que definen al apego son: especificidad (dirigido hacia alguien), duración (persiste gran parte del ciclo vital del individuo), intervención de emociones, ontogenia (se desarrolla desde el lactante y este comportamiento de apego permanece activable hasta los 3 años de edad aproximadamente), aprendizaje (discriminar lo conocido de lo desconocido) organización (bases de sistema comportamental complejo), función biológica (de protección) (Bowlby, 1986).

Lo dicho hasta aquí supone que el apego es un lazo afectivo que une en tiempo y espacio al bebe con su madre (también con otros cuidadores principales) caracterizados por ser un vínculo único, duradero, estable y con deseo de proximidad. Se desprende de esta forma, que una de las metas de las conductas de apego es mantener la

proximidad del niño con su madre (cuidador principal) que se garantiza por la repetición de las interacciones y su naturaleza cotidiana

La función biológica del comportamiento de apego es la protección y se puede observar a lo largo del ciclo de la vida (Bowlby, 1989). La necesidad de una persona en quien apoyarse en momentos de tensión o dificultad, representa una figura de confianza a la cual acudir en momentos adversos y que constituye una base segura desde donde actuar y resolver. Esto sucede en todo el ciclo vital, y se origina en la infancia (Bowlby, 1986). Este concepto es definido como base segura ya que implica que esa figura de apoyo forme parte de la continuidad existencial de ese individuo y que se establezca un vínculo entre ellos, perdurable y estable en el tiempo (Bowlby, 1989).

La base segura tiene relación con el rol de la madre o cuidador principal en la crianza del niño, y su interacción de apego, estable, de protección. Bowlby (1986, 1989) enfatizó la importancia de la experiencia cotidiana en el desarrollo del apego del bebé al cuidador principal, donde este pueda atenderlo, estimularlo, protegerlo. Esto se une a la búsqueda de proximidad y contacto que hace que la madre pueda dar protección y cuidado a sus hijos, especialmente en los periodos de mayor dependencia como lo supone la primera infancia.

En este contexto, resulta sustancial incluir consideraciones en relación a los ambientes de cuidado. En este sentido, Ainsworth desarrolla a partir de la observación de diadas madre-bebé en contextos naturales, un modelo teórico de cuidado materno (Posada, Waters, 2014). Conceptualiza sobre lo determinante de la calidad del cuidado materno sobre el desarrollo en la primera infancia, que supone una organización en el comportamiento de la base segura de apego. Una de las hipótesis centrales de la teoría del apego está constituida por considerar a la calidad del cuidado como uno de los organizadores principales del apego.

En el modelo conceptual que propone Ainsworth, describe cuatro tipos de organización de comportamientos maternos: *sensibilidad-insensibilidad a las señales del bebé*, *aceptación-rechazo a las señales del bebé*, *cooperación-interferencia con el comportamiento del bebé* y *accesibilidad-ignorar las señales del bebé* (Ainsworth et al., 1974 citado por Carbonell, Plata, Alzate, 2006).

***Sensibilidad-insensibilidad a las señales del bebe:*** La sensibilidad materna se define como la capacidad de la madre (o equivalente cuidador) en poder identificar las señales del bebe para interpretarlas en manera adecuada y así dar una respuesta pertinente y adaptada a la situación (Carbonell et al., 2006). Esto resalta el carácter de interpretación que la madre realiza para traducir las señales y necesidades de su hijo y no sus propios deseos o estados de ánimo (Posada, Waters, 2014). Sin embargo, cuando las interacciones madre-bebe se realizan en tiempos rígidos, el comportamiento materno se define desde este constructo como insensible a las señales del bebe. Las necesidades del bebe no son captadas en tiempo y forma adecuada, ya que la conducta de éste es interpretada en forma errónea por la madre. Esta ausencia de empatía o de entendimiento del cuidador principal ocasiona que las respuestas a las necesidades del bebe puedan ser inapropiadas en términos de tiempo (por ser tardías) y en calidad (Posada, Waters, 2014).

***Aceptación-rechazo a las señales del bebe:*** hace referencia al equilibrio entre los sentimientos positivos y negativos que la madre tiene sobre su hijo, pero a su vez a la forma en la que ella logra integrar internamente esos sentimientos contrapuestos (Ainsworth et al., 1978 citado por Posada, Waters, 2014).

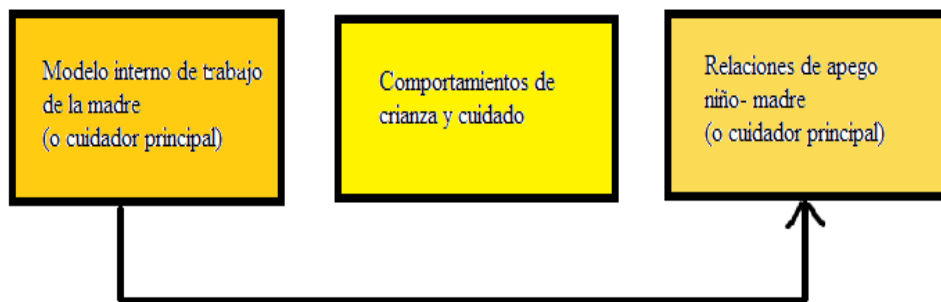
***Cooperación-interferencia con el comportamiento del bebe:*** se relaciona con la habilidad de las madres para reconocer a su bebe como un sujeto, sin interferir directamente con la actividad de éste. La conducta de la madre en función de las necesidades, intereses y estados de ánimo del bebe, en donde coopera con la actividad que esté desarrollando en forma natural, siendo promotoras de interacciones propositivas y dinámicas que no implican conductas permisivas (Posada, Waters, 2014). La interferencia tiene un componente de restricción de la actividad deseante del bebe, quedando limitado a los controles de la madre que en forma excesiva dirigen e instruyen las conductas del bebe (Posada, Waters, 2014).

***Accesibilidad (estar disponible) -ignorar las señales del bebe:*** En este sentido, se hace referencia a la accesibilidad de la madre para atender las señales del bebe que implican aspectos fisiológicos como psicoafectivos. Las madres tienen en mente al bebe todo el tiempo: conocen su ubicación, están cercanas físicamente (lo observan), responden a las señales que éstos emiten, dividen su atención entre diversas

exigencias de la vida cotidiana pero manteniendo la disponibilidad hacia el bebe. Fonagy (2004) desarrolla la noción de mentalización como la capacidad de la madre para comprender el estado interno del bebe, captar la intensidad de sus emociones y sentimientos, como si le fueran propios. La mentalización supone la capacidad de mantener al bebe presente, en la mente. No obstante, las madres que no logran sintonizar con las señales de su hijo (ejemplo cuando llora) y no responden, configuran para el bebe una situación de inaccesibilidad materna. En estos casos, las respuestas a las señales dependen de la madre de acuerdo a un estado de ánimo o conveniencia personal (Posada, Waters, 2014).

Para poder explicar la existencia de este constructo de sensibilidad materna, otros autores han propuesto la existencia de modelos internos de trabajo como responsables del comportamiento materno hacia su bebe. Estos modelos internos habilitan la organización de las experiencias de interacción y vinculo temprano (Bowlby, 1969, 1993; Main, Kaplan y Cassidy, 1985, citado por Carbonell et al, 2006). Estos modelos internos son pensados como parte de las interacciones tempranas, constituyendo una forma de desplegar "expectativas sobre sí mismo, otras personas y el mundo social" (Rothbard & Shaver, 1994, citado por Carbonell et al., 2006, p.117). De ahí que los modelos internos de trabajo ofician como referencia interna del sujeto, mediando con los patrones de comportamiento, emocionales y cognitivos e incluyen la anticipación del comportamiento vincular.

En este sentido otra de las hipótesis centrales de la teoría del apego está constituido por el modelo de la transmisión (Berlin, 2007 citado por Carbonell et al, 2015) de los modelos internos de trabajo, que tiene que ver con aspectos vinculares e intergeneracional de las relaciones de apego y de los patrones de crianza (Bowlby, 1986). De esta manera, una generación puede influir psicológicamente en las actitudes y comportamiento de la próxima generación. A modo ilustrativo se presenta a continuación un esquema que referencia el modelo de transmisión (Berlin, 2007 citado por Carbonell, Plata, 2011).



Ainsworth desarrolla desde su propuesta que la calidad de cuidados materno está vinculada a la seguridad infantil en las relaciones vinculares de apego entre la diada madre-bebe (Posadas, Waters, 2014). La calidad de cuidado apunta a las conductas y habilidades por parte de la madre (o cuidador principal) para la protección, cuidado y garantizar la sobrevivencia de los bebes (Baquero, Carbonell, Camargo, Caukali, Ortiz, 2014). Los cuidados sensibles suponen la capacidad de quien cuida de poder ponerse en el lugar del bebe o del niño pequeño, reconociéndolo con necesidades que lo singularizan (Ainsworth, 1978, citado por Carbonell, 2013). La seguridad afectiva de los niños tiene relación con la sensibilidad en los cuidados por parte de los adultos y habilita la proximidad física ante situaciones de miedos o de búsqueda de afecto (Baquero, Carbonell, Camargo, Caukali, Ortiz, 2014).

La crianza es una de las tareas más exigentes y compleja que afrontan los adultos al ejercer una función como cuidador de un niño. Implica poder asumir la responsabilidad de promover acciones que apunten al desarrollo afectivo, cognitivo, físico y social del niño. En este sentido, variadas investigaciones advierten que la sensibilidad materna y los cuidados a los niños pueden verse afectadas por contextos de pobreza, y factores estresores que inciden directamente en la seguridad emocional de la diada madre-bebe (Carbonell, Plata, 2011). Se indica que la seguridad materna y la seguridad emocional de los niños son más bajos e inestables a mayor vulnerabilidad socio-económica. Asimismo, se propone que los estresores asociados a la calidad de vida de los sectores socio-económicos más vulnerables afecta la calidad de los cuidados hacia los niños y su desarrollo socio-emocional. (Carbonell, 2013).

Se advierte además sobre la importancia de las redes de sostén (familiares, comunitarias) para la crianza, como forma de mediar las necesidades en relación al desarrollo en la primer infancia, así como de protección para la madre (o principal cuidador), aumentando la capacidad de respuesta adecuada a las necesidades de los más pequeños y, por ende, más vulnerables y frágiles (Carbonell et al., 2006).

## **2.2 Construcción de subjetividad en la trama vincular madre-hijo.**

La subjetividad se constituye desde los tiempos de inicio de la vida del sujeto mediante la composición de representaciones psíquicas. En este marco de surgimiento de la vida psíquica se anidan aspectos sensoriales que se originan del encuentro primario entre el cuerpo materno con el cuerpo en constitución del bebe, entendido como psiquismo y subjetividad en construcción (Berezin, 2010). Es a partir del encuentro de dichos cuerpos donde se observan y se llevan las marcas generacionales, siendo una memoria viva: "señales, afectos, representaciones que se fueron amalgamando en lo recordado y en lo olvidado" (Berezin, 2010,p.38).

Por su parte, Silvia Bleichmar (2009) propone que la producción de subjetividad determina la forma en que las sociedades definen la manera en que se constituyen "sujetos plausibles de integrarse a sistemas que le otorguen un lugar" (p.54). Esto implica que la producción de subjetividad contempla elementos que van a producir un sujeto de carácter histórico y social. La subjetividad se puede describir como un proceso en permanente construcción y cambio, propia de un sujeto inmerso en una coyuntura histórica, social y cultural, de un sujeto interconectado con otros, en un estado de tensiones sobre las leyes, la cultura, el lenguaje (Berezin, 2010).

De esta manera, se entiende a la subjetividad como un proceso social que se singulariza en los sujetos y en la trama vincular en la que se encuentran inmersos; atraviesa las instituciones, determina lógicas de interacción, de comunicación, formas de pensar y sentir, modalidades de cumplir las funciones y los roles socialmente instaurados.



En el campo del vínculo madre-hijo desde una perspectiva psicoanalítica, el deseo de hijo para una mujer madre puede condensar variadas representaciones inconscientes que provienen de su historia. En palabras de Hornstein (2004), "el discurso materno anticipa" al *infans* (p.36), transformando elementos del origen, para que ese movimiento anticipatorio lo habilite a transformarse en sujeto. De aquí se desprende el carácter intersubjetivo del psiquismo como "*cuna psíquica en constitución*" (Aulagnier, 2007) donde se inaugura la primer experiencia de placer: "el encuentro entre boca y pecho" (Aulagnier, 2007, p.40). El *infans* hereda un proyecto identificatorio producto de las relaciones de la madre con su propia madre y padre, así como de la relación que vive con el padre-progenitor (Hornstein, 2004).

En los primeros tiempos, es la madre quien va ordenando la vida psíquica de su bebe a partir de sus propios antecedentes histórico-libidinales, y se relaciona directamente con el ambiente próximo que rodea a la díada (Schlemenson, 2004). El vínculo madre- bebe traspasa la función nutricia y se instala en el aporte que la madre brinda como mediadora del mundo que rodea al infante, aportando un alimento que adquiere múltiples sentidos, en tanto lo pone en relación al afecto, pero también a la cultura. En palabras de Piera Aulagnier (2007):

En el momento en que la boca encuentra el pecho encuentra y traga un primer sorbo del mundo, afecto, sentido, cultura están co-presentes y son responsables del gusto de estas primeras moléculas de leche que toma el *infans*: el aporte alimenticio se acompaña siempre con la absorción de un alimento psíquico (p.38)

En esta construcción continua del psiquismo incipiente del *infans* es necesario considerar los territorios que el niño viene a ocupar en la vida de esa mujer que podría asumirse como madre y la significación que pueda dar a su propia maternidad, entendiendo a la maternidad como una función que adquiere sentido en determinado entorno y que se encuentra investida por características externas, es decir, culturales y sociales.

Durante los primeros meses de vida, una de las formas de comunicación del infante es a través del llanto y es la madre (o cuidador equivalente) quien debe decodificar estos mensajes para que sean comprendidas sus necesidades y, por tanto, sea posible alcanzar su satisfacción. Winnicott (1991) plantea que las bases de la salud mental de un individuo se encuentran determinadas por las circunstancias que acompañan las

primeras etapas de la vida, donde la madre -o equivalente- brinda un ambiente facilitador y adecuado para el bebe con una adaptación apropiada a sus necesidades: "(...) cuando observamos a un bebe, también observamos el medio que lo rodea, y detrás de este, a la madre" (1991, p.55).

Por su parte, Bollas (1991) continúa trabajando la incidencia del ambiente sobre la constitución subjetiva de un individuo y plantea la importancia de la existencia de un ambiente facilitador en las primeras etapas del desarrollo y su incidencia en el futuro. En este sentido, se rescata la importancia del sostén que el ambiente próximo puede brindar a madre e hijo, destacándose la figura paterna y otras figuras de cuidado relevantes (abuelos, otros familiares, etc) (Anfusso, Krecl y Indasrt, 2009).

La mujer madre durante las semanas anteriores y posteriores al parto transcurre por una fase donde "ella es el bebe y el bebe es ella" (Winnicott, 1991, p.23). Este estado fue denominado por Winnicott (1991) como *preocupación maternal primaria*, donde la madre se ubica en el lugar de su hijo recién nacido, desarrollando la capacidad de identificarse con él. La madre pone su yo a disposición total del bebe y le transmite elementos de comunicación verbal y paraverbal, que se asientan en el infans como huella de constitución para el presente y que inciden en el futuro. A su vez, hay aspectos que hacen a lo transgeneracional en la medida que las madres restituyen a sus hijos sus propias percepciones atravesadas por sentimientos, afectos, que conciernen a su propia historia (Anfusso, Krecl y Indasrt, 2009).

La preocupación maternal primaria permite el establecimiento de una ligazón afectiva con el bebé, la cual habilita que en la madre se produzca una regresión necesaria para lograr esa "fusión" que conformará el yo incipiente en el niño (Winnicott, 1993). Esta situación permite la identificación de las necesidades básicas del bebe y su satisfacción. Como consecuencia, habilita a que la madre sea consciente del grado de dependencia y vulnerabilidad del bebe, se apropie de la situación y brinde la protección necesaria. A su vez este estado, deja a la mujer en un período de fragilidad que requiere por lo tanto de un entorno sensible que pueda oficiar como protector del infante y su madre.

"Las necesidades del niño en esta temprana etapa en la cual casi siempre existe una figura materna que está en condiciones de no tener muchas otras

preocupaciones en un periodo en el cual la dependencia del bebe es absoluta" (Winnicott, 1991, p. 28).

Es durante esta etapa donde los procesos madurativos del bebe indican su dependencia absoluta no solo de su madre, sino de un ambiente que sea facilitador y contenedor. A través del sostenimiento físico y emocional (*holding*) y la manipulación (*handling*) del bebe (Winnicott, 1993), la madre brinda el soporte necesario para la estructuración del psiquismo. La función de sostén y manejo adecuados durante los procesos madurativos del bebe brindan la posibilidad de adaptación al medio.

### **2.3 Maternidad y la naturalización de los cuidados femeninos**

La maternidad es una construcción cultural, que corresponde a circunstancias histórico, sociales y económicas (Cigarroa, 2011). En este sentido resulta pertinente realizar un breve recorrido histórico que da cuenta del lugar de la maternidad, los cuidados y de la feminización de los mismos.

La maternidad ha sido considerada históricamente como una condición de carácter natural al género femenino, en relación directa con su condición biológica de engendramiento de otro ser. Hacia finales de siglo XIX e inicios de siglo XX, las transformaciones económicas, sociales y culturales enmarcadas en la revolución industrial en el mundo occidental, inaugura la conformación de espacios públicos y privados. En este sentido, el lugar de la mujer, como esposa y como madre, es exaltado como responsable de los cuidados afectivos y de garantizar el equilibrio emocional del núcleo familiar (Alkolombre, 2012). Por tanto, la exaltación del amor maternal fue promovido como ideal a ser cumplido por las mujeres como condición innata y como parte de la identidad femenina (Alkolombre, 2012). Desde el discurso social imperante, la maternidad se cristalizó como función natural en la mujer, donde se homologa: mujer-madre- naturaleza, determinando como soporte del narcisismo femenino, y en donde "se delimita el deseo de lo femenino en lo materno" (Alkolombre, 2012, p. 225).

Se hace indispensable la resignificación de la condición biológica de la maternidad para comprender que la misma es una construcción cultural, que tiene fronteras con

aspectos biológicos, psicológicos, sociales e históricos en la vida de una mujer desde su infancia hasta la vida adulta, en interlocución con la relación con su propia madre (Cigarroa, 2011).

Dicho proceso implica una compleja variedad de etapas que no son lineales, pero que tienen un correlato cronológico y ontológico condicionante. Se ilumina el contexto en que se origina el embarazo: su planificación o su condición inesperada. Prosigue la gestación y el proceso del embarazo, el momento del parto y nacimiento del bebe, el inicio del puerperio y allí de la lactancia --en toda su gama y complejidad--. Se producen cambios en el hogar, se retorna con un nuevo integrante en la familia: el bebe: se instauro el lugar del padre del bebe --no siempre coincidente como pareja de la mujer--, así como el reencuentro de la mujer con su cuerpo femenino y el lugar de las relaciones sexuales (Cigarroa, 2011).

Eva Giberti (1993) conceptualiza sobre la naturalización de la ecuación "embarazo = parto = nacimiento = madre = amor, que se lee: toda mujer que ha concebido y parido un hijo es igual a una madre que ama a ese hijo" (Giberti, 1993, p.128). Esta autora propone relativizar dicho planteo, ya que tiene vinculación directa con la necesidad del ser humano por afirmar que hemos sido deseados y amados desde el origen y el engendramiento, reforzando la bondad del momento inicial de la vida que haría espejo con la propia bondad (Giberti, 1993).

La mujer es el "sujeto paridor de la especie" (Giberti, 1993, p.128) y es posible que ame a sus hijos o no. En ese sentido, si la maternidad es una construcción cultural, conlleva a la forma en que muchas mujeres comprenden dicha condición y "paren por rutina", "accidente", porque estaban biológicamente aptas para hacerlo, ello no significa que deban amar al producto engendrado entendiendo por amor en este caso la posibilidad de proteger, cuidar, permitir desenvolverse al otro" (Giberti, p. 128, 1993). En este sentido, la maternidad es una forma de aprendizaje social que mediante la programación genética humana en conjunción con aspectos psicológicos, implica el mantenimiento de la hijos, su protección y favorecer su desarrollo creativo (Giberti, 1993).

Cuando una mujer, habilitada por su condición biológica, accede a ser madre, comienza a transitar por una experiencia que hace anclaje en la vida emocional, con resonancias diversas de acuerdo a la construcción subjetiva. Cigarroa (2011) agrega que "para algunas mujeres constituye una etapa de renuncias significativas que supone una situación de dependencia y vulnerabilidad; para otras significa el mayor logro alcanzado en su vida" ( p.65).

Por otra parte, Darré (2011) propone que en torno a la maternidad se han desarrollado aspectos normalizadores, en donde se organiza la forma en que la mujer debe ejercer su función. En este sentido, denomina "pedagogías maternas" --en tanto configuran tecnologías de género-- a todas aquellas representaciones en que se instalan las maneras en que se deberían sostener y desarrollar las practicas maternas. Continúa desarrollando la idea de maternidades inapropiadas, en el sentido del desarrollo de prácticas que salen del marco de los consejos técnicos o profesionales donde se categoriza como problemática "aquella maternidad que se sale de la norma hegemónica" (2011, p.12).

Otros aportes a la construcción de género y maternidad desde vertientes feministas (Scott, 1996; Badinter, 1980; De Beauvoir, 2011; Giberti, 1993), brindan nuevos sentidos en torno a la identidad de la mujer y la maternidad. Las conceptualizaciones feministas desde mediados de siglo XX han posibilitado una transformación social y política, desnaturalizando el modelo patriarcal imperante. Si bien la profundización sobre estos aportes excede el marco del presente estudio, se destaca que la nominación de las participantes como mujeres madre tiene como base estas conceptualizaciones y tiene la intencionalidad de transmitir la condición de ser mujer como identidad principal y universal. No todas las mujeres son madres, ni todas las madres son mujeres.

#### **2.4 Organización institucional del Cuidado**

Se considera imprescindible pensar sobre las dimensiones que refieren a los cuidados. En este sentido, se toman aportes desde la sociología que permiten reflexionar sobre los cuidados, los cuidadores y sus beneficiarios. La noción de cuidado, más allá de las distintas definiciones que se establecen, es un concepto clave en el análisis de las

políticas públicas y de protección social desde una perspectiva de género y de igualdad social (Batthyány, 2015). Se considera la noción propuesta por Fisher y Tronto (1990):

“El cuidado es una actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo que buscamos para entretener una compleja red del sostenimiento de la vida. (Fisher y Tronto, 1990, citado por Montaña, 2010, p.27).

Montaña (2010) retoma dicha conceptualización sobre el cuidado y señala que la función de cuidar a terceros (por situación de dependencia, vulnerabilidad, otros) tiene una dimensión afectiva, pero a su vez otra dimensión mercantil invisibilizada. Forma parte de los cuidados no remunerados. Plantea que la posibilidad de cuidar instala una frontera entre lo económico y lo social, identificándose la existencia de al menos dos partes en el proceso del cuidado: quien cuida y quien es cuidado (Montaña, 2010). Asimismo, Battyány, Genta y Perrotta (2013) agregan que el cuidado implica la responsabilidad de los "cuidados materiales que implican un "trabajo", de los cuidados económicos que implican un "costo económico", y de los cuidados psicológicos que implican un "vínculo afectivo, emotivo, sentimental" (p.7). Cuidar engloba la posibilidad de mantener el bienestar y el desarrollo de los individuos, en todo el ciclo vital, siendo indispensablemente de carácter cotidiano y estable (Battyány, Genta y Perrotta, 2013). Por otra parte, esos cuidados son sostenidos dentro de la familia como trabajo no remunerado, o en forma remunerada en el ámbito familiar o externo (Batthyány, 2015). Se desprende que los cuidados pueden tener esa característica (de ser considerado como trabajo remunerado o no remunerado) a partir del sistema de valores sociales y culturales compartido, la perspectiva de género, así como de la agenda política en el sentido de la implicancia del Estado en estos asuntos (Aguirre, 2009; Batthyány, Genta y Perrotta, 2013; 2015. Aguirre, Ferrari, 2014 ).

Las actividades de cuidado se encuentran asociadas a las mujeres, igualando su responsabilidad como condición natural. Esto significa que esta dimensión vincular del cuidado como inherente a la identidad femenina lo enlaza directamente al ejercicio que las mujeres pueden hacer de su ciudadanía social, y es clave para comprender las desigualdades de género persistentes hasta la actualidad (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015). Cuidar es representado clásicamente como inherente a la mujer, sellado con

una impronta de obligatoriedad y cargado de significados sociales—idealización de la función, visualizado como la realización de un bien desinteresado, naturalizado, entre otros--, que supone a su vez una dimensión moral y emocional (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015).

Considerando los aspectos antes mencionados, resulta indispensable proponer al ***cuidado como un derecho humano universal***, en una lógica bidireccional: de quien necesita el cuidado y de quien lo brinda (Batthyány, Genta y Perrotta, 2013; 2015).

Montaño (2010) retoma distintas conceptualizaciones sobre los cuidados como derecho y plantea que no implica pensar en políticas que brinden apoyo a las mujeres para lograr por ejemplo una mejor "inserción laboral", sino necesariamente debe ser pensado en una línea institucional estatal que garantice derechos. En este sentido, los pilares que representan los aspectos del bienestar como salud, educación y seguridad social, se encuentran en vías de complementariedad de un nuevo pilar que incluye la noción de derecho de recibir cuidados en circunstancias de dependencia (CEPAL, 2010, citado en Batthyány, Genta y Perrotta, 2013). Este reconocimiento conlleva al desafío de su inclusión en la agenda actual de las políticas públicas.

## **Capítulo 3: Encuadre metodológico**

La investigación científica se encuentra guiada por interrogantes que busca responder a través de la construcción de nuevos conocimientos. Esta construcción se basa en la aplicación del método científico y requiere de un andamiaje teórico, así como de modalidades de análisis y de conceptualizaciones, que la sustentan.

A su vez todo proceso de investigación se realiza en un tiempo histórico y socio-cultural, económico y político que lo condicionan (Marradi, Archenti, Piovani, 2010) y está impregnada del marco institucional al que adhiere (Sautu, 2011). Wainerman (2011) propone que se “aprende a investigar, investigando” (p .47) transmitiendo que es imposible la división entre praxis y teoría, siendo indispensable tener la capacidad de tolerancia a la frustración, cuidado permanente por la calidad de lo analizado y la capacidad de trabajar en colectivo.

En este capítulo de encuadre metodológico se describen aspectos que conciernen al enfoque y al diseño de la investigación; se describe y caracteriza el escenario en donde fue desarrollada la investigación y se presenta una caracterización de las participantes; se plantean las técnicas seleccionadas para la recolección de la información; y se explicita la forma en que se realizó el análisis de los datos obtenidos. A modo de cierre del capítulo, se exponen las consideraciones éticas que guiaron esta investigación.

### **3.1 Enfoque de la investigación**

Como enfoque metodológico de la presente investigación, se toma la perspectiva cualitativa que habilita una visión holística de la ciencia, siendo el sujeto constructor de respuestas y fuente de conocimientos (Vasilachis, 2006). Ortí (1992) propone que en el paradigma cualitativo el investigador se acerca al problema de investigación para su comprensión, donde interesa estudiar a los sujetos en su ambiente natural, utilizando técnicas que permitan acercarse a la realidad de los mismos. En este enfoque no se pretende trabajar con muchos individuos sino más bien con algunos, pero considerándolos en toda su complejidad, y apuntando a comprender el fenómeno a



partir de datos que éstos proporcionan, entendiendo que sus puntos de vista son relevantes y dignos de estudio.

Vasilachis (2006) plantea que la investigación cualitativa se interesa por la perspectiva de los participantes (los significados, los relatos, los conocimientos y las experiencias), y desde el punto de vista metodológico, se caracteriza por ser “interpretativa, inductiva, multimetódica y reflexiva” (Vasilachis, 2006, p.30). Se interpretan los fenómenos según los términos-significados que los propios sujetos otorgan. Ruiz Olabuénaga (2009) agrega que se observa y analiza el desarrollo de un fenómeno social en forma detallada y cercana a los hechos singulares, en sus condiciones naturales y cotidianas, donde se prioriza lo específico y local, donde resultan inviable la generalización hacia modelos universales.

Teniendo en cuenta las características señaladas antes es que la presente investigación se basa en un enfoque cualitativo descriptivo y de carácter transversal, teniendo en cuenta que busca profundizar en la problematización sobre aspectos relativos a la maternidad y la calidad de los cuidados en mujeres madres. Se debe agregar, que en este estudio se recogen los sentidos construidos por las mujeres madres en relación a los aspectos ya mencionados. Esta construcción de sentidos se relaciona con la vivencia y el significado otorgado a los acontecimientos de la vida cotidiana que se relatan durante las entrevistas. En este sentido, es priorizado el contexto en la cual se enmarca el sujeto. Este contexto como productor del sentido que se le atribuye a las acciones. Es decir, que lo dicho adviene en un contexto de producción (Coulon, 1995). En este estudio se tomaran los relatos realizados por las mujeres madres, para poder interpretar los sentidos por ellas asignados. Esta construcción de sentidos es parte de la comunicación entre los actores de una sociedad, de una cultura determinada, y que oficia como organizador de las percepciones sobre aspectos de la realidad, que constituyen parte del contexto cultural. Asimismo, Bruner (1995) propone la interpretación de los significados creados por los humanos, centrados en actividades simbólicas usadas "para construir y dar sentido no sólo al mundo, sino también a ellos mismos" (p.20).

### **3.2 Descripción y caracterización del escenario de la investigación**

La problematización sobre aspectos relativos a la maternidad y la calidad de los cuidados en mujeres madres podrían ser estudiados en distintos ámbitos o escenarios, constituyendo el ámbito más cotidiano el hogar. Sin embargo, en esta investigación se considera la posibilidad de realizar las entrevistas en otro tipo de escenario. Por ello se considera como escenario de suma relevancia para la cotidianeidad de la diada el que constituye el Centro de Salud. Es un encuadre temporal y espacial presente en la vida de las mujeres madres y sus hijos, en donde circulan valores y significados sobre la maternidad y los cuidados orientados a la primer infancia. Entre estos valores y significados, se considera que en este escenario puede aparecer maximizado el deber ser en el discurso materno, ya que se espera que el tipo de respuestas que brinden las mujeres madres estarían mostrando su condición maternantes y los cuidados con sus hijos. En este sentido, se considera que puede ponerse en juego mitos sociales sobre la maternidad, en donde impera la necesidad de expresar aspectos relativos a una crianza adecuada, un deber ser referido a las "pedagogías maternas (Darré, 2011). Esta es una condición que fue tomada en cuenta para el análisis de las entrevistas.

El escenario de trabajo de esta investigación es la sala de espera de un Centro de Salud de Primer Nivel de Atención perteneciente al Sistema Público de la Red de Atención Primaria (RAP- ASSE). Se ubica en una zona de la ciudad de Montevideo que tiene sus particularidades, que la diferencian por su modalidad de modalidad de convivencia urbana, marcados espacios "tugurizados" coexisten con puntos de afluencia turística y centros financieros de importancia nacional. Es un Centro de Salud que refiere una extensa cantidad de usuarios potenciales en territorio y concentra un alto número de demanda asistencial a diario.

Según datos obtenidos de la estadística anual del Centro de Salud (correspondiente a 2013) brindado por el equipo de gestión del establecimiento, la población que allí concurre pertenece a sectores de ingresos bajos y medio bajos, con fuerte incidencia de una franja poblacional de alta vulnerabilidad socio-económica. Es un Centro que dada su ubicación geográfica, asisten muchos usuarios en situación de calle, refugios y hogares de corta estadía. Entre éstos, se resalta la concurrencia de mujeres madres y sus hijos en esta situación. Los usuarios del Centro de Salud configuran un tipo de

población variable, con alta movilidad marcada por factores de inestabilidad especialmente domiciliaria, económica y de redes de sostén frágiles.

En relación a los aspectos edilicios, el centro asistencial ha sido renovado en el último quinquenio con distintas reformas. Se accede mediante una pequeña escalera o a través de una rampa adecuada para silla de ruedas u otras formas de movilidad, como la utilización de coches para bebe. La sala de espera se divide en dos sectores. Por una parte se ubica la sala de espera general y es donde se encuentra la recepción (ventanilla, atención al usuario y farmacia). Hacia el fondo del establecimiento, se localiza la sala de espera pediátrica y de Espacio Adolescente. Cercano a dicho espacio se encuentra el sector de atención de ginecología y obstetricia.

En cuanto a la sala de espera de pediatría, consiste en un espacio amplio, iluminado con luz natural, con carteleras acorde a temáticas relativa a la infancia y con información actualizada para los adultos referentes. A su vez, se dispone de una mesa central y bancos. No se dispone de mobiliario acondicionado para niños ni de otros elementos acordes a éstos y cuenta con cuatro consultorios pediátricos dispuestos en una zona exclusiva para la asistencia de bebes, niños y adolescentes.

### **3.3 Caracterización de las participantes de la investigación**

Se consideran **participantes de esta investigación** las díadas madre-bebe que consultan en las Policlínicas o Centro de Salud de la Red de Atención Primaria (RAP-ASSE). Se entrevistaron (y observaron) 12 diadas madre-bebe que concurrieron a una consulta pediátrica en el periodo de enero a marzo de 2015 en un Centro de Salud Publica de Primer Nivel de Atención de la RAP en la ciudad de Montevideo, que voluntariamente aceptaron participar de la misma, con la firma de consentimiento informado.

Los **criterios** para la participación apuntaban a mujeres madres de entre 17 a 40 años con hijos que debían tener al momento de la realización de la entrevista entre 0 a 24 meses de edad, no presentaran alteraciones orgánicas limitantes y haber nacido a término. Específicamente no se valoraron niños nacidos con prematurez ya que en ese

caso se debían tomar en cuenta otros aspectos, como por ejemplo internación neonatal de corto y mediano plazo. En este último criterio fue fundamental el asesoramiento del equipo de salud con sustento en la historia clínica del niño (que era consultada luego de la aceptación de la madre a participar en la investigación).

Como ya se expresó la **participación** en la investigación suponía su **carácter voluntario** por parte de las mujeres madres. De la diada eran las madres quienes aceptaban o no participar de la investigación. La entrevista estaba orientada hacia las mujeres madres a la vez que se optó por la observación participante de la diada (se detalla en próximo apartado). Se invitaba a las mujeres madres que se encontraban junto a sus hijos (o a 2 años) en la **sala de espera pediátrica**, esperando la consulta fijada de control pediátrico. En otras ocasiones era el **equipo de salud** (pediatra, enfermería) quien brindaba la información a las mujeres madres sobre la posibilidad de participar de una investigación. En ambas situaciones la maestranda era quien planteaba a las mujeres madres la propuesta de la investigación y en caso de aceptar voluntariamente, se invitaba a pasar a una sala en el área de pediatría donde se desarrollaba la entrevista, que incluía la firma del consentimiento informado y la autorización de grabación de audio.

Participaron de la investigación 12 díadas madre-bebe, compuesto por mujeres madres de entre 17 a 38 años de edad que asisten con sus hijos (entre 0 a 24 meses de vida) al centro público de asistencia en salud. Estas mujeres y bebés son en su totalidad de nacionalidad uruguaya.

Según los datos recabados en la ficha sociodemográfica que se completaba durante la entrevista, se puede caracterizar a las **mujeres madres** de las doce díadas participantes según: el número de hijos, la situación de pareja, la trayectoria educativa, actividad laboral, núcleo de convivencia.

En relación al **número de hijos**, el 41,6% (5 mujeres) tiene 1 hijo menor a 24 meses. Mientras que el 41,6% (5 mujeres) tiene 2 hijos, y el 16,6% (2 mujeres) 3 hijos menores a 5 años respectivamente.

Con respecto a su **situación de pareja**, el 50% (6 mujeres) expresó que no tenía pareja, un 33,3% (4 mujeres) refirió estar en pareja y conviviendo, un 16,6% (2 mujeres) estar en pareja pero no conviviendo (en uno de los casos, expresa que su pareja se encuentra privado de libertad desde hace un año).

En cuanto a la **trayectoria educativa** de las mujeres participantes, expresaron sobre su nivel de instrucción más alto alcanzado: un 75% (9 mujeres) primaria completa, 16,6% (2 mujeres) ciclo básico completo y 8,3% (1 mujer) bachillerato completo.

Por lo que refiere a la **actividad laboral**, el 66,6 % (8 mujeres) expresó no tener trabajo remunerado fuera de su hogar y dedicarse a tiempo completo de las tareas del hogar y cuidado de los hijos. Un 25% (3 mujeres) desarrollan tareas remuneradas fuera del hogar pero sin cobertura social. Mientras que solo un 8,3% (1 mujer) tiene trabajo con todos los aportes sociales regularizados.

Acerca del **núcleo de convivencia** de las mujeres entrevistadas, el 33,3% (4 mujeres) expresó convivir con sus hijos y pareja. Por otra parte el 41,6% (5 mujeres) refiere vivir con sus hijos y otros familiares (padre, madre, hermanos, otros) mientras que un 16,6%o (2 mujeres) expresó vivir con sus hijos en ámbito institucional (refugio) y un 8,3% (1 mujer) sólo con sus hijos.

### **3.4 Técnicas de recolección de información**

Para este estudio se utilizaron como herramientas para la construcción de la información: la entrevista semiestructurada y la observación participante.

La **entrevista** es una de las herramientas más utilizadas en la investigación cualitativa configurando un encuadre de trabajo más íntimo y flexible (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La misma puede ser definida como: "[...] una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) [...]" (Hernández et al., 2010, p.418). Según estos autores, es a partir del intercambio de las preguntas y respuestas que se construyen una serie de significados en relación a una temática.

### **3.4.1 Entrevista semiestructurada:**

En este tipo de entrevista se confecciona a priori una serie de preguntas a realizar; que ofician como guía para abordar aspectos centrales a cierta temática. Pero a su vez, el entrevistador tiene la posibilidad de agregar, durante la entrevista, preguntas adicionales para ampliar ciertos conceptos o información sobre los temas a trabajar. Esto significa que el guion de entrevista es una guía y no está predeterminando en su totalidad los aspectos a explorar (Hernández, et al., 2010).

En este sentido en la presente investigación se confeccionó una guía de entrevista (se adjunta en la sección de Anexos) con un total de 30 preguntas guía, con un estilo caracterizado en: *1. preguntas de expresión de sentimientos; 2. Preguntas de conocimientos; 3. Preguntas sensitivas (en relación a los sentidos); 4. Preguntas de antecedentes* (Mertens, 2005 citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 420, subrayado de la autora).

El guión confeccionado para las entrevistas de esta investigación, visualizaba tres dimensiones a explorar durante el encuentro con las entrevistadas. Dichas dimensiones se constituían de la siguiente manera: **a) percepción de la condición de la propia maternidad (12 preguntas); b) Redes de apoyo (familiares y comunitarias) (8 preguntas); c) percepción sobre la incidencia de políticas públicas (programas específicos como Estimulación oportuna de los CAIF y los Set de Bienvenida de Uruguay Crece Contigo) (10 preguntas).**

### **3.4.2 Ficha socio-demográfica y Cuestionario MOS:**

La entrevista semiestructurada que se llevó adelante en esta investigación incluyó la aplicación de una ficha con datos socio-demográficos y la aplicación de un cuestionario de apoyo social percibido MOS. Durante la primera parte de la entrevista se explica el contenido de la misma y se aplica una ficha con datos socio-demográficos de relevancia para la díaada. A continuación se administra un protocolo sobre niveles de apoyo social para evaluar los factores de riesgo e indagar acerca de posibles estresores socio-económicos. Si bien el MOS es un cuestionario auto administrado, el mismo es aplicado en el contexto de la entrevista de modo de poder contrarrestar los obstáculos que

podiese implicar el grado de alfabetización alcanzado. Se utiliza como insumo a modo de orientación.

Las entrevistas fueron acordadas y realizadas durante la **estadía de la mujer madre con su o sus hijos en la sala de espera pediátrica**. Si aceptaba la participación en la investigación la entrevista se desarrollaba en una sala pediátrica. Tras la firma del **consentimiento informado**, se solicitaba autorización a la mujer de grabar la entrevista. Se realizó un total de 12 entrevistas semi estructuradas con mujeres madres.

### **3.4.3 Observación participante:**

Durante las entrevistas se agrega otra técnica de recolección de información, la observación participante. Todas las mujeres madres entrevistadas estaban acompañadas por sus hijos, por lo tanto la entrevista habilitó a la observación de ciertos aspectos relativos a la dinámica vincular, y de confrontación del discurso construido con el hacer in situ de la entrevista en relación a las pautas de crianza y los cuidados. La observación participante (OP) es un eje esencial del trabajo de campo en la investigación cualitativa. La OP se nutre de la investigación etnográfica, ésta acentúa que la dimensión social no es de carácter natural sino que se construye mediante "un proceso permanente de relaciones e interacciones sociales, considerando que el conocimiento del mundo social puede generarse a través de la participación y observación activa e interactuante" (Bruyn, 1972 citado por Vasilachis, 2006, p.125).

Guber (2001) propone que la OP se asienta en dos actividades principales: observar sistemáticamente los aspectos que acontecen y participar activamente. Considera que la participación enfatiza "la experiencia vivida por el investigador apuntando su objetivo a "estar adentro" de la sociedad estudiada" (Guber, 2001, p.55) mientras que la observación sitúa al "investigador fuera de la sociedad, para realizar su descripción con un registro detallado de cuanto ve y escucha" (Guber, 2001, p.55).

En la OP el investigador está implicado desde su subjetividad. Ésta juega un rol activo en la construcción del conocimiento, especialmente al trabajar con otros seres humanos (Guber, 2001). En este sentido la OP habilita sostener que "se participa para observar y

que se observa para participar, esto es, que involucramiento e investigación no son opuestos sino partes de un mismo proceso de conocimiento social" (Holy 1984 citado por Guber, 2001 p.57).

La OP en esta investigación supuso un nivel de mayor profundización en el acercamiento a las mujeres madres participantes, en especial para lograr una aproximación de mayor sensibilidad frente su condición singular. La posibilidad de haber observado los estilos de relaciones con sus hijos amplió la gama discursiva, para incluir el plano del hacer, la posibilidad de ejemplificar la situación que las singulariza.

### **3.5 Técnica de Análisis de la información**

Se realizó un análisis de contenido de las entrevistas mediante el apoyo del programa informático Atlas Ti.

El **Atlas Ti** es un software desarrollado en la Universidad Técnica de Berlín, por Thomas Muhr, oficia como auxiliar en el desarrollo del análisis cualitativo. Es operativo para "segmentar datos en unidades de significado; codificar datos y construir teoría (relacionar conceptos, categorías y temas)" (Hernández et al., 2011, p.470). Es el investigador quien agrega datos primarios (ejemplo: entrevistas) y con el apoyo del programa codifica de acuerdo al esquema de diseño de la investigación (Hernández et al., 2011).

En relación a los procedimientos de análisis que se llevaron adelante, se describe la siguiente secuencia. En **primera instancia** se realiza la **segmentación del texto** de cada entrevista en unidades relacionadas a un mismo eje de análisis que provenía del marco teórico.

En una segunda instancia, se realiza la **identificación** dentro de cada segmento de los **significados** que las mujeres madres atribuían a sus prácticas de cuidado en cada uno de estos ejes. Este paso fue realizado en distintos momentos del análisis ya que supuso niveles de complejidad y profundidad creciente buscando la construcción de sentidos que las participantes hicieron sobre las temáticas.



En un tercer momento se realiza la **construcción de categorías conceptuales** a partir de los significados hallados en la segunda instancia de análisis.

A continuación se presenta la **matriz de análisis** utilizada a fin de ilustrar el procedimiento mencionado.

| Dimensiones analíticas   | Unidad básica de significado en las entrevistas (códigos)   | Categorías preliminares de análisis   | Categorías finales de análisis  |
|--|---|---|---|
| <b>Maternidad</b><br><br><b>y</b><br><br><b>Calidad de cuidado</b> | <p>atender al niño, parar lo que estoy haciendo, no lo dejo solo, siempre están conmigo, ver qué le pasa, interacción (juegos)</p> <p>apurar, hablar, mimar, besar, berrinche mañas, tranquilizar, calmarse, dar pecho (teta), llorar, dar mamadera, cambiar pañal, pasear (aire libre), se duerme, depende de lo que pase, ya lo conozco, hablar, ir al médico. Estar desbordada, dolor de cabeza, tratar de no llorar, que no se note si hay problemas, seguir adelante por ellos</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Captar señal del bebe</li> <li>- Accesibilidad al bebe</li> <li>-Adaptación a la situación de maternaje</li> <li>- Estado de ánimo materno y estrés en la crianza</li> </ul> | <p><b>CALIDAD DE CUIDADO Y SENSIBILIDAD MATERNA:</b></p> <p><b>I. Afecto y contacto físico</b></p> <p><b>II. Estar disponible y dedicar tiempo: física y psicológica</b></p> <p><b>III. Pautas de crianza: delimitación de acciones</b></p> <p><b>IV. La maternidad: se aprende a partir de la experiencia</b></p> <p><b>V. Sensibilidad frente al llanto del bebe</b></p> <p><b>VI. Estado de ánimo de la mujer madre y estrés en la crianza</b></p> |

| <b>Dimensión analítica</b>   | <b>Unidad básica de significado en las entrevistas ("códigos")</b>   | <b>Categorías preliminares de análisis</b>   | <b>Categorías finales de análisis</b>  |
|------------------------------|--|--|--|
| <b>Prácticas de cuidados</b> | <p>Dar pecho, mamadera, cocinar, cambiar pañal, bañar, cambiar ropa (ropa limpia)</p> <p>Ir al pediatra, ausencia de enfermedad, llanto, dormir, sueño, rutina, estar sola con ellos, apoyo de mi madre, "el me ayuda", limpiar la casa, hacer mandados.</p> | <p>- alimentación, higiene, sueño</p> <p>- Consejos para realizar las tareas y los cuidados hacia los niños</p> <p>- control pediátrico y lugar de consulta por situación de salud</p> | <p><b>PRACTICAS DE CUIDADO:</b></p> <p>I. Acerca de la alimentación</p> <p>II. Acerca de las rutinas vinculadas a la higiene</p> <p>III. Acerca del sueño</p> <p>IV. Sugerencias en las practicas de cuidado</p> |

| Dimensiones analíticas       | Unidad básica de significado en las entrevistas (“códigos”)   | Categorías preliminares de análisis  | Categorías finales de análisis   |
|------------------------------|---|--|--|
| <p><b>Redes de apoyo</b></p> | <p>Estoy sola con ellos, si necesito algo me ayudan, me ayudaban, me apoyaban durante el embarazo, me preguntaban como estaba, estoy siempre, mi madre, mi pareja, estoy las 24hs, mi familia, en el refugio,</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo de la pareja</li> <li>- Apoyo de su madre</li> <li>- Otros familiares, amigos, vecinos.</li> <li>- Institucionales</li> </ul> | <p><b>REDES FAMILARES Y COMUNITARIAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- adultos que cuidan: <ul style="list-style-type: none"> <li>A) Feminización de los cuidados</li> <li>B) El lugar del hombre como padre y pareja</li> </ul> </li> </ul> |

| Dimensión analítica  | Unidad básica de significado en las entrevistas (“códigos”)  | Categorías preliminares de análisis   | Categorías finales de análisis   |
|--|--|---|--|
| <p><b>Programas que apunten a la primer infancia y sus madres (cuidadores principales)</b></p> | <p>me gustaría ver de ponerla y averigüe (CAIF), lo llevo desde chiquito, no lo conozco (no sé, ni idea), Se me complicaba llevarlo, me queda trasmano, me interesaría, nos regalaron el bolsito cuando nació, no conozco que es, solo he leído los libritos, esta bueno leer y saber cosas, no tenía experiencia y me ha dado idea, escucha la música, sonajero, libros, libro Bienvenido Bebe, cosas obvias pero a mí me ayudó mucho, quizás volver a estudiar o trabajar, MIDES</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan CAIF- Estimulación Oportuna</li> <li>- Kit de Estimulación - UCC</li> <li>- Volver a estudiar-trabajar</li> <li>-otros beneficios sociales</li> </ul> | <p><b>CONOCIMIENTO Y PARTICIPACIÓN EN SERVICIOS PUBLICOS SALUD EDUCACION Y CUIDADO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I. Programa de Estimulación Oportuna Plan CAIF</li> <li>II. Uruguay Crece Contigo. Set de Bienvenida</li> <li>III. Otras referencias institucionales</li> </ul> |

### **3.6 Consideraciones éticas**

Este apartado es de suma importancia para justificar la óptica desde la cual se desarrolló la investigación. Tomando en cuenta el Art.3 de la Ley Nro. 18211 del SNIS, se detalla que la atención estará centrada en los acuerdos a normas técnicas en donde se respete los principios de bioética y de los derechos humanos de los usuarios. De esta manera, esta investigación se compromete y se centra en el respeto por los derechos humanos de quienes participaron, pretendiendo generar un aporte a la comunidad.

En el diseño de esta investigación se tomaron los criterios dispuestos por el Decreto N° 379/008 del Ministerio de Salud Pública sobre Aspectos éticos en investigación con seres humanos. El mismo ha sido adoptado por el Consejo de la Facultad de Psicología a través de su Comité de Ética en Investigación.

Las mujeres madres participantes de esta investigación, han aceptado voluntariamente de la misma, garantizándoles la protección de su identidad y de los datos proporcionados en la entrevista realizada, especialmente al elaborar la presente tesis u cualquier otro documento o informe derivado de la misma.

A nivel de la aplicación de los instrumentos de investigación, se garantiza el anonimato en el registro (audio y escrito) y el cuidado en el manejo de la información. Se especifica que en relación al manejo digital de la información (transcripción y codificación de las entrevistas, otros) fue cifrado con el fin de que la información sistematizada no pueda ser decodificada por sujetos ajenos a la presente investigación.

Se ha elaborado un consentimiento informado donde se explica con detalle los motivos de la investigación así como los objetivos y el destino final de los datos recabados a partir de las entrevistas realizadas. El mismo fue presentado a las mujeres previo al comienzo de la entrevista y fue aceptado por ellas, firmando dos copias: una para ser conservada por ellas y otra para la investigadora, quien también firmaba los consentimientos como parte del compromiso de confidencialidad. Se entrega copia del mismo a la mujer luego de ser firmado por ambas partes (investigadora y participante).

Se considera relevante resaltar que se prestó atención durante el transcurso de la entrevista a posibles reacciones o repercusiones afectivas que pudieran ocasionar algún tipo de malestar psíquico a las mujeres participantes. En algunos casos, las mujeres expresaron explícitamente pedido de ayuda en lo que se refiere a orientación sobre aspectos a la salud mental. En esos casos (2 mujeres) se orientó y brindó asesoramiento técnico. Se monitoreó a posteriori que las mismas estuviesen en seguimiento por equipo de salud mental que correspondiera a su zona.

En otros casos, fue necesario la orientación por temas de dificultades con pautas de crianza y desbordes que exponían a situación de vulnerabilidad y de compromiso en el desarrollo psico-afectivo de algunos de sus hijos, generándose la orientación y derivación oportuna a equipo de salud mental especializado en infancia.

En uno de los casos, y dada la situación de alta vulnerabilidad y de riesgo observado no solo para la mujer, sino que especialmente para sus hijos (2 niños menores de 3 años) se realizó coordinación con equipo técnico de refugio a fin de brindar orientación ante dicha situación de alarma.

## Capítulo 4: Análisis y discusión

En este capítulo se presentan las líneas de análisis y discusión en relación a la construcción de sentidos realizadas por las mujeres madres participantes del mismo. Las categorías fueron presentadas en la matriz de investigación en el capítulo metodológico de la presente tesis. Sin embargo, a modo de acompañar la lectura del capítulo se describen brevemente las dimensiones y categorías de análisis. La primera dimensión de análisis refiere a la calidad de cuidado y sensibilidad materna. La siguiente dimensión refiere a las prácticas de crianza. Una tercera dimensión supone la construcción de sentidos en torno a las redes familiares y comunitarias. La última dimensión, supone los conocimientos y participación en servicios públicos: salud, educación y cuidados, los sentidos en relación a la hipotética incidencia en la calidad de los cuidados de las mujeres madres.

### 4.1 Calidad de Cuidado y Sensibilidad Materna

En esta dimensión de análisis se van a presentar líneas conceptuales que se vinculan a la maternidad, la construcción del vínculo temprano y la sensibilidad materna como aspectos de la calidad de cuidado.

La maternidad puede comprenderse como derivación de una compleja interrelación de identificaciones de la mujer, en relación a su propia historia y a la solidez de sus vínculos previos (Lema, 2012), revistiendo por ello una gran variabilidad lejana a cualquier connotación natural. Cuando una mujer, habilitada por su condición biológica, accede a ser madre, implica transitar por una experiencia que hace anclaje en la vida emocional, con resonancias diversas, de acuerdo a su construcción subjetiva.

Ainsworth (1974) conceptualiza sobre la influencia de la calidad del cuidado materno en el desarrollo en la primera infancia (Carbonell, Plata y Alzate, 2006). En el marco teórico se referenció dicho modelo conceptual donde se hace alusión a cuatro comportamientos maternos característicos: sensibilidad-insensibilidad, aceptación-rechazo, cooperación-interferencia y accesibilidad-ignorar al niño(a) (Ainsworth et al., 1974 citado por Carbonell et al., 2006). Retomando el constructo teórico de sensibilidad



materna, este se define como la capacidad de la madre (o equivalente cuidador) de poder identificar las señales del bebe, para interpretarlas de manera adecuada y así dar una respuesta pertinente y adaptada a la situación. (Carbonell et al., 2006). A su vez otros autores han reforzado dicho concepto, proponiendo la existencia de un modelo interno de trabajo, que habilitaría el comportamiento de la madre hacia su hijo en relación a las respuestas de cuidado. Ese modelo de trabajo tiene relación con la organización de modelos vinculares tempranos (Bowlby, 1969, 1993; Main, Kaplan y Cassidy, 1985, citado por Carbonell et al., 2006).

Tomando en cuenta las conceptualizaciones mencionadas, y a partir de las entrevistas realizadas a las 12 mujeres madres en esta investigación, se desarrolla el siguiente apartado referido a **la Calidad de Cuidados**, los relatos maternos y los comportamientos maternos observados.

#### **4.1.1 Concepciones maternas sobre la Calidad de Cuidados**

##### **4.1.1.1 Afecto y contacto físico:**

A partir de las entrevistas, las mujeres madres relataron la importancia del afecto y la cercanía física que ofrecen a sus hijos. Reconocen que la demostración de afecto es parte de brindar cuidados adecuados, sensibles a las necesidades que identifican en sus hijos.

*M1: (Llora bebe) " que pasa?"... (Abraza y mece)*

*I: Le gustan los mimos a ella?*

*M1: Si le encantan los mimos, es re mimosa*

*I: Algo en especial que le gusta que le hagan?*

*M1: Así mimos en la cabeza, solo que hoy no está bien (llora) y le encantan así, y así se duerme normalmente (muestra las caricias en cabeza y rostro) de noche le hago así mimos y se duerme (llora más intensamente. La madre se para y busca continuar calmar a la bebe, comienza a calmar llanto, juegan con peluche, interactúan)*

*M10: Siempre estoy abrazándolos, dándole besos, duermen conmigo, siempre están conmigo.*

Muchas de estas demostraciones de afecto, son nombradas por estas mujeres como: **aupar, mimar, hablar al bebe, cantar, dar de lactar**, entre otras expresiones, siendo consideradas como interacciones de afectividad entre madre-bebe.

*M5: La teta se la deje hace poco también, ese es otro afecto que yo tenía con él y bueno ta, ahora, pero igual para darle la mamadera lo agarro, le hago upa, le doy la mema.*

*M7: ...me pide la teta... y después a veces se vuelve a dormir.*

M9: [Observación durante entrevista: la madre ofrece el pecho a la bebe, inicia lactancia directa durante la entrevista. Sostén. La madre amolda su cuerpo al de la niña].

En este sentido, según la mayoría de las mujeres madres entrevistadas manifiestan que las expresiones afectuosas representan un elemento de suma relevancia para establecer una relación adecuada con sus hijos (Carbonell et al., 2006).

*M9: Y yo todo el tiempo le demuestro [hace referencia a demostrar afecto], no sé, hablándole. [En ese momento acerca su cara a la de su bebe y le habla con ternura, la bebe sonríe] Y yo le hablo y le digo: "te amo, mamá te ama". (...) y le hago así [le da un beso en la panza a la bebe y automáticamente comienza a sonreír]. La mimo, también aplaudiendo, a ver: "que linda manito que tengo yo, que linda la manito que Dios me dio" [canta a su bebe e interactúan, gestos, se genera un clima de mucha calidez, ambiente interesante para la bebe. Al finalizar la canción risas, aplausos].*

En el marco de la teoría del apego, Ainsworth (1974) plantea la importancia de dos comportamientos asociados a un vínculo seguro madre-bebe, en el que la madre mantiene una **relación de proximidad física** frecuente y sostenida con su hijo, especialmente durante los primeros 6 meses de vida (Carbonell et al., 2006). El siguiente fragmento es representativo de ese vínculo de aproximación y sostén:

*M4: Y ta yo no lo quiero ver sufrir (...) el libro dice que darle upa no es de mal criarlo. Que ellos necesitan que uno los agarre, los mime y eso, amor.. Decía que si tu hijo lloraba mucho no tenes que comparar a tu bebe con otros bebes, porque todos los bebes son diferentes, y el lloraba mucho y ta eso fue pasando*

A su vez, en esos comportamientos maternos se incluye la capacidad de la mujer en poder **calmar o apaciguar a un bebe en brazos** como aspecto central en el establecimiento de un vinculo temprano seguro (Carbonell et al., 2006).

*M8: [La bebe se calma, deja de llorar. La madre la mece mientras intenta dar de lactar. [la bebe vuelve a llorar, la madre busca calmarla ] " ta, ta mi amor. Ta, ta". [la mece y sigue reacomodando el pecho]*

La relación de proximidad y demostración de afecto según estas madres, se extiende a sus otros hijos. Las mujeres que tienen dos o más hijos, expresan la complejidad que supone la afectividad y que requiere de organización espacial y temporal, que contemple y contenga no solo al bebe o niño más pequeño, sino al resto de los hijos. El escenario planteado como denominador común, fue la expresión de celos, aspectos regresivos, otras dificultades con límites expresados explícitamente por sus hijos mayores (promedio de edad de 3 años).

*M5: Yo diciéndole cosas, como "buen día papito" o de tarde así que le digo una cosa que me enseñaron en el jardín un versito, " buenas tardes mi señorita (...)" o le canto y se va a acostar a dormir. no me gusta cantar adelante de M. porque se pone celoso, es medio celoso aquel. Él está conmigo las 24 horas, estoy todo el día con ellos, si pasa algo (...) lo agarro, estoy ahí. No hago así, digamos no estoy jugando con el tanto tiempo digamos porque tengo que vigilar a M. que corre para todos lados. (...) claro yo le demuestro mi afecto pero ta es así, no es tanto lo que estoy solo para L. [en relación al bebe] yo creo que él se da cuenta, que los niños se dan cuenta que ta que la madre esta acá y con ellos.*

En algunos de los relatos las mujeres expresan que reciben consejos sobre el estilo de crianza, en los que se recomienda evitar la proximidad física como forma de "educar bien a los niños" a no ser "mal criados". En este sentido, se hace presente la herencia cultural que concibe a la expresión de afectividad y disponibilidad física hacia los niños como símbolo de debilidad para la crianza. Una de las madres que critica esa perspectiva, brinda su perspectiva desde su experiencia de maternidad con su primer hijo:

*M4: Uh sí... [en referencia a los consejos que recibe de familiares y vecinas ] que lo deje llorando en el coche, que yo le doy muchas mañas, que yo lo tengo mucho a upa, que lo hamaco demasiado y que por eso voy a tener problemas cuando sea más grande y todo eso. Eso me lo dice todo el mundo y no la tomo porque ta, primero lo atiendo a él y después ta lo demás.*

#### **4.1.1.2 Estar disponible y dedicar tiempo**

Esta unidad temática hace referencia a lo expresado por la mayoría de las madres respecto a la importancia de mostrarse disponibles para sus hijos y dedicar tiempo para brindar cuidados adecuados.

Expresan la necesidad de dedicar tiempo para los cuidados, como aspecto a priorizar entre otros aspectos de la vida cotidiana. Los siguientes fragmentos reflejan el parecer de dos madres primerizas:

*M4: (...) Primero lo atiendo a él y después ta lo demás, el también ahora muy chiquito, después las cosas de la casa, mi marido y lo demás. No lo voy a hacer un niño bobo que pase todo el tiempo a úpa, pero ta, tampoco lo voy a dejar llorando y gritando.*

*M8: Por ahora si ella tiene hambre le doy a ella primero. Estoy todo el tiempo con ella, hasta que ella se calma y se queda tranquila, o se duerma o lo que sea, con ella primero.*

Se distingue la **disponibilidad física** de la madre, identificada como parte de la interpretación de las señales dadas por sus bebés. Ello se expresa en las rutinas cotidianas incluyendo aquellas prácticas en relación a la higiene, alimentación y sueño.

*M7: Y a ella yo la hago dormir, queda en la cunita, a él también lo hago dormir, ahora conmigo y después lo paso a la cama de él. Y ta, después*

*ellos duermen toda la noche, y P. es la que se despierta más temprano como te decía que toma la teta (...) para dormir primero toma teta y después se duerme.*

*M1: Ella todavía no empezó a comer, estamos viendo en el control si empezara a comer, cambiará en algo la rutina, por ahora la rutina es con la teta y dormir.*

*M4: Bueno, cuando él se duerme hago todo lo que más puedo. Y sino ta, a veces se queda en el coche y otras veces no, y ta, por lo general hago las cosas cuando el duerme. Porque no lo dejo llorar mucho. [La madre le habla a su hijo que esta quejumbroso: " estas con sueño" y lo acaricia, logrando que el niño se calme]*

En varias entrevistas, se relata que en la vida cotidiana la disponibilidad física materna (o de otro cuidador principal) puede verse alternado por otros elementos que se utilizan como forma de entretenimiento de los niños. En ese sentido, la televisión parece ser un objeto que media la disponibilidad parental, y que en algunos casos aparece fuertemente suplantando prácticas de estimulación para los bebés y niños pequeños.

*M2: (...) también de tarde, lo que tiene es que mira mucho dibujito también. Es algo que me parece que hice mal, porque no sé, no creo que este bien que mire tanto dibujito"...*

*M10: Pero lo que estoy haciendo y lo voy a atender.*

*I: Y con los hermanitos?*

*M10: También, igual en ese sentido no me dan tanto trabajo porque yo los dejo mirando la tele y ahí se quedan, no molestan para nada. Se quedan mirando dibujitos y no molestan para nada.*

*M7: (...) mira un poco de tele y ahí hago los mandados para lo que vaya a cocinar de noche, y ta hago las cosas así normal en mi casa.*

Señalar este aspecto resulta fundamental, ya que de persistir este tipo de práctica mediada por objetos en los hogares, como el caso de la televisión (que fue el objeto nombrado por estas madres) se pone en riesgo aspectos de estimulación temprana fomentado desde la crianza cotidiana por los cuidadores principales. Este objeto al suplantar la presencia del adulto, deja a los niños expuestos a riesgos, tanto por el contenido de los programas y avisos publicitarios, como por la vertiginosidad de las imágenes que constituye en exceso de estimulación para los bebés.

En otros casos, las madres relataron la disponibilidad espacial como aspecto estructurante de un vínculo de apego seguro. Destacan la importancia de ofrecer a sus bebés una organización del tiempo, que a ellas les permita realizar otras tareas (en general relacionadas con aspectos domésticos) pero sin perder la calidad de una interacción fluida y estimulante.

*I: Como haces para dividir tu atención entre esas tareas y ella?  
M9: Y mirá, de repente el rato que ella comió y está llena, se queda sentada en el corral, y juega un rato, y cuando ella empieza que "nada quiere" o cuando de repente no quiere tanto los chiches le empiezo a hablar, y escucha mi voz y como que no está sola. Que está ahí, entedés, pero que yo también estoy.*

*I: Y te mira o te busca?*

*M9: Ahí está, si me mira, me busca cuando me escucha la voz.*

*I: Estás cerca de ella o la estás viendo?*

*M9: Claro, yo siempre estoy ahí adentro de la pieza.*

La **disponibilidad psicológica de la madre** es otro aspecto prioritario para establecer un cuidado sensible hacia el bebé. Se define como la capacidad materna de tener "conciencia de las señales del bebé al reconocerlo y responderle de manera activa, lo que implica que éste la perciba asequible a sus necesidades y comunicaciones" (Carbonell et al. 2006, pp. 122-123). En palabras de una de las mujeres madres se observa dicha disponibilidad:

*M4: Ahora estoy contenta porque ya, ya más o menos le conozco todo, y se porta bastante bien, y ta va creciendo bien, nunca se me ha enfermado ni nada.*

*M8: Le hago mimos, no sé, estoy con ella, no se trato de todo el tiempo estar con ella, no sé, estar pendiente de ella, de que si llora o algo yo ya este con ella. Estar todo el tiempo con ella, pero ta, sé que no puedo porque si no me deja hacer nada. Entonces la dejo, y se queda tranquila en la cama o en la sillita. Y ahí hago las cosas.*

Es importante inferir que la presencia física constante no significa que exista disponibilidad psicológica hacia la satisfacción de las necesidades fisiológicas o emocionales del bebé (Carbonell et al., 2006). En el siguiente fragmento de esta mamá es posible identificarlo de la siguiente manera:

*M1: Si estoy yo sola en mi casa la dejo llorar, o sea, si está limpia y no tiene hambre, esta así como está ahora y estamos en casa, la dejo hasta que se*

*le pase, la dejo un rato que lllore, y ahí agarro, siempre encuentra un juguete para divertirse que la saca del foco de la locura, cuando agarra algo, ya se distrae y ya se le pasa.*

La disponibilidad psicológica, también se asocia a la capacidad de reconocimiento del bebe como sujeto, con una identidad en construcción, y en donde se hace imprescindible un acompañamiento físico y emocional, para su adaptación activa al nuevo medio. El siguiente relato es representativo de dicha situación:

*M9: Si, mira, ella llegó del hospital y de repente estuvo como todo bebe, a ver no todos los bebes son iguales, no?. Pero ella por ejemplo estaba adentro de mi panza y tuvo que salir a un hábitat desconocido para ella, entendes?. Cuando ella se acostumbró a la pensión en la que yo vivo, al lugar de ahí, ha sido todo normal digamos, no es una bebe que lllore, no es de eso y además ya se acostumbró, y yo también la amoldé al espacio digamos, pero después digo, a no ser ahora que esta atacada del pecho, vos te das cuenta cuando ella esta diferente, que llorisqueaba y eso, pero tampoco llorar a mares, porque no es una bebe llorona. (...) yo la amoldé al espacio ella se acostumbró*

Asimismo otro aspecto a resaltar en varios de los relatos de las mujeres madres que participaron del estudio es el apoyo y cuidados que ellas sostienen hacia sus hijos. En este sentido, ellas definían como fundamental su función como madre en los cuidados hacia sus hijos. Es decir, que su dedicación y apoyo resulta sustancial para el desarrollo de los niños, mostrando disponibilidad física y psicológica constante hacia el cumplimiento de las necesidades de éstos (Carbonell et al., 2006) y significando un sentido de responsabilidad como elemento constante, y que no es fácilmente delegado a otros adultos.

*M2: (...) yo no me puedo tirar abajo y quedarme acostada todo el día porque sé que tengo que levantarme a hacerle las cosas de él. (...) Aparte tiene 2 años, si me dijeras tiene 8 o 10 años, bueno, más independiente, pero ahora, el me necesita, yo no puedo tirarme abajo.*

*M9: (piensa) De repente he pensado que estoy cansada, pero no poder decir "no puedo más" cuando tenes 3 hijos, si tenes hijos tenes que poder. Te podes sentir cansada, agotada, todo, pero no podes decir "no puedo más". Tenes 3 hijos, yo por ejemplo que tengo 3, pero ni cuando tenes uno podes decir eso. Hay que salir adelante, si no salís adelante por tus hijos no salís por nadie.*

En este sentido, se ilumina la percepción de las madres en relación a la dependencia de los niños de los cuidados de los adultos. Winnicott (1991) propone la idea de una progresiva migración desde la dependencia absoluta del bebé hacia una independencia relativa, siendo una autonomía regulada por la madre (o cuidador principal) que le permitirá descubrir el mundo que lo rodea, y desarrollar los aprendizajes y comportamientos sociales que requiere su adaptación activa al medio.

#### **4.1.1.3 Pautas de crianza: algunas consideraciones**

Los primeros pasos en la socialización ocurren en el hogar: quienes ofician de cuidadores principales desplegarán ciertos comportamientos y estrategias para poder brindar un ambiente que resulte protector y garantice la supervivencia de los más vulnerables (los niños). Asimismo, las pautas de crianza constituyen un conjunto de acciones orientadas a los niños, basadas en sistemas de valores culturales, mitos, creencias populares y conocimientos adquiridos (que también pueden ser transmitidos transgeneracionalmente) que tienen los adultos que se encargan de los cuidados de los niños.

En este sentido, se consultó a las mujeres madres sobre ciertos aspectos en relación a pautas de crianza y a la reacción de ellas frente a comportamientos de los niños que motivara desbordes emocionales, agotamiento, u otros. Cuando por ejemplo se consultaba a las mujeres sobre situaciones de berrinches de sus hijos, las respuestas fueron variadas, pudiéndose observar en términos generales dos tendencias.

La primera de ellas, planteaba la ausencia de berrinches en sus bebés hasta el momento, especificaba que los desbordes emocionales maternos se debían a las demandas de sus hijos más grandes, en su mayoría eran niños de entre 2 a 5 años de edad. Esto coincide con los datos aportados por la investigación a cargo de Olhaberry, M. Farkas, Ch. (2012) donde plantean que el nivel socioeconómico es una variable que ocasiona mayor nivel de estrés en las madres a cargo de los cuidados de los hijos. Expresan que se vincula la incidencia de los efectos del estrés en la madre a mayor edad del niño, siendo percibido como difícil de manejar. Asimismo el estudio plantea que la existencia de más de un hijo coincide con un aumento del desborde y estrés



materno, específicamente en las situaciones de los hogares en donde la red de apoyo está debilitada.

*M5: No, de el todavía no he tenido berrinches, es tranquilo en general, el no nada de berrinche, y si llegara a hacer algún berrinche lo levanto, le doy un baño, una mamadera, o sea se controla.*

Es importante puntualizar que durante toda la entrevista realizada con ésta madre estaba acompañada por otro de sus hijos (3 años de edad) quien permaneció en el consultorio. Desde su presentación se destacan elementos de inquietud, un estilo de lenguaje no esperado para su edad (impresiona de menor edad cronológica, por momentos parece balbucear) y dificultades de la madre para responder adecuadamente a las demandas del niño, para calmar su angustia y sostener pautas claras que ayudaran a su organización temporo-espacial y para.

*I: En algún momento has sentido con la crianza de L. "no puedo más"?*  
*M5: No, no. Me pasa con el (señala a su hijo de 3 años allí presente). Me pasa con él que dos por tres, hace algún berrinche ilógico, porque esta así tranquilo y de repente se levanta y porque no le diste lo que justo quería se pone a llorar. (...)*

En esta situación, los aspectos que relata la madre en otros pasajes de la entrevista, permiten visualizar una conflictiva compleja en relación a la organización de pautas claras de crianza y de límites a ciertos desbordes conductuales. A su vez, esta familia está atravesada por dificultades complejas, donde se destaca una red de contención familiar debilitada, por tanto múltiples mudanzas, ingreso a hogares institucionalizados (refugios para madres con hijos) que abandonan por dificultades en la convivencia. Continúa diciendo en su relato la mujer madre:

*M5: [Se observa que M. que es un niño de 3 años, está más inquieto, camina por el consultorio, sale a la sala de espera, la madre no parece indicar algo sobre esa situación] (continúa hablando la Madre): Con M. si me ha pasado, hace berrinches, llora, y uno intenta de pararlo y de hablarle y hablarle pero no me da ni pelota. Y ahí digo: "aaaa no puedo más contigo!!!" es decir que con M. me ha pasado. Con L. no porque por ahora es un santo, por ahora.*

La crianza es una de las tareas más exigentes y complejas que afrontan los adultos al ejercer una función como cuidador de un niño. Implica poder asumir la responsabilidad de promover acciones que apunten al desarrollo afectivo, cognitivo, físico y social del niño.

Diversos estudios plantean que los niños que viven en situación de vulnerabilidad económica, están enfrentados a estresores vitales, que impactan en distintos aspectos: sociales, simbólicos, psicológicos (Carbonell, 2013). De esta forma es vital el lugar del adulto cuidador principal como mediador de los efectos de la pobreza, que pueden ser positivos o negativos del desarrollo infantil. Se indica que la seguridad materna y la seguridad emocional de los niños son más bajos e inestables a mayor vulnerabilidad socio-económica. Propone que los estresores asociados a la calidad de vida de los sectores socio-económicos más vulnerables afecta la calidad de los cuidados hacia los niños y su desarrollo socio-emocional (Carbonell, Plata, 2011).

En este sentido, hay investigaciones que consideran como factor protector en niños de edad preescolar haber tenido un vínculo de apego seguro con su madre (o cuidador principal equivalente) durante los primeros 18 meses de vida, que incluye cuidados sensibles y estables, oficiando como protector a la situación de estrés (Carbonell, 2013).

Volviendo a las pautas de crianza, algunas mujeres madres hacían referencia al uso de advertencias verbales como forma de limitar el comportamiento de sus hijos, haciendo hincapié en el cambio del tono de voz. Expresan que buscan la forma de señalar a sus hijos que hay límites, como forma de educarlos en sus comportamientos.

*M4: Por lo general resisto todo lo que más puedo, ahí, haciendo upa y upa hago lo que más puedo, y bueno y sino ta, ahí a veces algún rezongo y ta, con un rezongo como que se queda ahí, se termina quedando dormido, como que siente el cambio de voz... (...) Pero ta, si esta cambiado, bañado (...) tomo la leche, ya esta, que, a este niño le gusta que lo rezonguen? porque no se duerme tranquilito? pero por lo general se porta bastante bien (...)*

En otros casos, el límite verbal tiene que ver con educar a los niños aspectos que hacen a la integración de mitos y creencias sociales en relación a las pautas de crianza.

*M3: (...) Lo que tiene es que está muy mañoso porque él hace algo y llora, y está mi madre pendiente: "ay... que no llora" y le tenes que decir "ta, para no" porque si no le vas a decir algo y cuando sea más grande te pasa por arriba. Y en la casa de mi abuela es lo mismo, cuando vamos está lleno de gente y todo es para él. Mi abuela es todo con él, mi tía todo con él, y si va mi otra tía es todo el rato con él, entonces es como que él ya sabe, quiere algo y se lo dan. Cualquiera se lo da.*

#### **4.1.1.4 La maternidad: se aprende a partir de la experiencia**

Retomando la conceptualización de la maternidad como construcción de un proceso complejo que se comienza a organizar desde la infancia en función a la relación de la niña con su propia madre. Dicho proceso incluye aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales de carácter subjetivo y singular. (Cigarroa, 2011). Cuando una mujer cursa un embarazo, serán varias las etapas por las cuales transitará, que implica desde la concepción y gestación, el desarrollo del embarazo, la instancia de parto, inicio del puerperio y comienzo de lactancia directa o mediada (por ejemplo: mediante la utilización de mamaderas, biberones, otros). El inicio de las prácticas de cuidado y crianza hacia el recién nacido, la posición frente al padre del niño, su lugar como mujer en el proceso de una pareja.

En este sentido, algunos de los relatos de las mujeres madres, dejan entrever la caracterización de la maternidad como proceso de construcción a partir del *hacer*. En este sentido, las mujeres madres identificaban a la maternidad como algo a descubrir, que se vive con incertidumbre desde el momento del engendramiento.

Relatan los cambios del cuerpo durante el curso del embarazo, el momento del parto como acontecimiento, que entrelaza placer y dolor. El inicio de la lactancia es significado para muchas como encuentro ideal, y para otras como una situación de sufrimiento que tolerar, el cuerpo materno inscribe la vida de un hijo que existe en relación a una dependencia absoluta. Las mujeres que cursan por primera vez una

situación de maternaje, se encuentran definiendo su identidad, y por tanto construyendo en su sistema de valores las acciones para desempeñar su función. A eso se suma la influencia de las redes sociales de contención, o la ausencia de estas, donde la mujer también va elaborando su nuevo rol, ahora como mujer y madre.

*M8: Yo diría que somos las dos sin experiencia (mira a su hija y se ríe suavemente).*

En otros casos, el nacimiento de un nuevo hijo, ocasiona la re significación de la maternidad para la mujer. En este sentido, se revaloriza la experiencia previa, analizando el camino transitado durante su primer maternaje, adaptando ese quantum de experiencia al momento presente. En este sentido, las mujeres madres entrevistadas con dos hijos o más, reconocían el carácter singular de la presencia de un nuevo hijo, pero agregaban la incidencia de la experiencia para reconocer las necesidades de éste y satisfacerlas a su entender adecuadamente.

*M4: (...) cuando era más chico fue más difícil, porque ta, yo ya sé cuando está llorando porque quiere que el cambie el pañal, o si tiene hambre o si tiene sueño, o si tiene maña no mas y quiere que lo hamaque, pero antes cuando él era más chico yo no sabia... I: te resultaba más difícil darte cuenta?*

*M4: si me resultaba más difícil, si, no tenia practica, nada... (...) porque no tomaba teta tampoco. Decía: " ta, me toca todo lo más difícil".*

La preocupación por los cuidados cotidianos ha acompañado varios de los relatos de las mujeres madres participantes de este estudio. Una de ellas, adolescente expresa sus inquietudes en relación a las necesidades de su hija, manifestando su incertidumbre y ansiedad en las tareas de la maternidad. Esta adolescente madre rescata en varias ocasiones el valor de su experiencia actual e inaugural incluyendo reflexiones de la forma en que ella vivió los cuidados como hija de su madre, y el rol de ésta en su capacidad de maternar.

*M6: mi madre me dice: "M. no seas así vos ahora tenes que dormir cuando A. duerme". Y yo no, yo hago al revés, mientras A. duerme le lavo la ropita, limpio, y arreglo cosas y le lavo el cambiador, y siempre estoy haciendo algo para ella. Entonces como que el tiempo mío, no duermo casi nada. Y en la noche me despierto mucho a ver como esta. Ella me dice: "M. tenes que dormir porque ella está bien". De repente A. esta roncando en el 5to sueño y yo la estoy mirando, por miedo a que se ahogue, de costadito, todo. Me dice*

*que con el tiempo se me va a ir pero hasta ahora tengo eso. Soy muy de que no le pase nada.*

#### **4.1.1.5 Sensibilidad frente al llanto del bebe.**

En las distintas entrevistas, se solicitó a las participantes que explicitaran qué sucedía frente a una situación en la que su bebe estuviese "llorando", "quejumbroso" o con "berrinches". Las mujeres madres relataban distintas reacciones. La mayoría expresaba que frente a momentos en donde sus hijos lloraran o expresaran molestias, primero buscaban el motivo en aspectos vinculados a **necesidades físicas**, donde destacan la higiene (cambio de pañal) u hambre.

*M8: (...) si ella llora porque tienen hambre o algo o alguna molestia como ahora por ejemplo, que tiene un poquito de dolor en el estomago me parece, viste que se arrolla toda, entonces ta, trato de ver ahí, si no es comida le hago un masajito y eso. Pero si no se porta bien. Por ahora es este el tema de ella.*

*M11: Y le doy una leche, y con eso se calma. Yo que sé, eso y se le pasa.*

*M4: Y si, llora cuando quiere comer o cambiarse el pañal, yo lo cambio bastante seguido. Cuando veo que el panal está sucio lo cambio.*

*M9: Pero igual yo ya sé, porque ya la vi hacer fuerza y ella empieza inmediatamente que terminó y ya no hace mas, empieza a quejarse, una que llora y yo no la dejo que se ponga mal y enseguida la limpio.*

Relatan disponibilidad para decodificar las necesidades fisiológicas, y un conocimiento de las señales que emite su hijo para poder brindarle una respuesta empática, que conduce al bienestar del bebe y de la díada.

Por su parte, algunas de las madres especifican que sus hijos también expresan mediante el llanto otro tipo de necesidades de orden psicoafectivo. Agregan que en los casos que se dan cuenta que la **situación del ánimo** del bebe no se relaciona con las necesidades fisiológicas buscan alternativas para regular el estado emocional del mismo. En este sentido, relatan momentos en donde es necesario abrazar, mimar, besar, aupar a los niños como parte del bienestar del mismo. El reconocimiento del

llanto del bebe como señal de comunicación promueve la proximidad física de la madre y el contacto con ella (Carbonell et al, 2006)

*I: Y cuando el bebe necesita algo, que señales te da?*

*M10: O sea, se pone incomodo, empieza a llorisquear, a veces me doy cuenta que, que ya hizo caca o quiere la mema, o que lo agarre a upa, o algo de eso. Ya lo conozco y entonces me doy cuenta.*

*M3: Lo agarro y lo trato de calmar, le muestro algo y se va calmando.*

Hay que mencionar además, que algunas de las madres identificaban el llanto de sus hijos no vinculado a necesidades fisiológicas, asignándoles un sentido de intencionalidad en la conducta del bebe, como "berrinche" o con la propósito de "molestar". Esto conlleva que las respuestas que brindan a la señal son de enojo y molestia, dejando llorar al bebe hasta que se calme, entre otras respuestas de similar índole. Se considera que forman parte de una conducta a modificar, ya que no se puede brindar respuesta afectiva todo el tiempo que el bebe lo demande.

*M7: Y... que no sabe esperar...grita, o a veces la dejo un poco para atenderlo a él. Porque justo a veces se despiertan los dos a la misma vez. Y entonces empieza a los gritos ella.*

*I: Y B. (en referencia a su otro hijo) era así cuando era chiquito?*

*M7: No, el no era así. Era más tranquilo él. (...) él era más tranquilo, se dormía, se despertaba cuando tenía hambre, se volvía a dormir, después sí, ya llego a los dos meses que era muy inquieto ya, dormía muy poco, y eso digamos.*

*I: Y te parece que sucede algo en particular para que llore en esa manera?*

*M12: Eh... sí, no se... son malas costumbres que le di yo, de agárrala y eso, entonces ahora llora.*

Conviene subrayar que esta percepción frente al llanto como instrumento negativo, podría tener relación con las perspectivas de la herencia cultural y social, así como de la transmisión generacional sobre cómo se desarrollan los cuidados hacia los niños. Las referencias respecto a brindar sustento emocional aparece como fuente de desviaciones en el carácter y de comportamiento en el futuro. Palabras como "mañas", "bandido", "caprichoso" circulan como parte de ese ideal.

*M1: Si estoy yo sola en mi casa la dejo llorar, o sea, si está limpia y no tiene hambre, esta así como está ahora y estamos en casa, la dejo hasta que se*

*le pase, la dejo un rato que lllore, y ahí agarro, siempre encuentra un juguete para divertirse que la saca del foco de la locura, cuando agarra algo, ya se distrae y ya se le pasa. Si no, si hace mucho calor la metemos en el agua, depende de lo que le pase, generalmente dolor de panza no tiene y esas cosas que no se, son calor, sueño o hambre, no tiene muchas chances más.*

En el fragmento anterior, se introduce la noción de **auto-consuelo** de la bebe. La madre relata una situación de llanto, en donde se regula a partir de la exploración del espacio, y de encontrar algo que calme ese "llanto". En el relato que realiza esta madre, no parece tomar en cuenta otros aspectos relativos al estado afectivo de su bebe, asociando las fuentes de inquietud o llanto a necesidades fisiológicas. El nivel de autorregulación mediante el juego es logrado por la niña.

*M1:(...) Le encanta la calle, el patio, así que si está muy loca salimos al patio, y si esta muuuy loca salimos a dar una vuelta la manzana, vamos al almacén que eso le encanta. (...) sino mira jugar al fútbol (al hermano) y queda feliz.*

El relato continua describiendo la reacción afectiva frente a situaciones de angustia y molestia, sin posibilidad de integrar, registrar y decodificar las necesidades afectivas de su bebe. En ese fragmento se introduce la idea de autoconsuelo del bebe, introduciendo un mediador --en ese caso un juguete-- y se agrega a su vez la necesidad de la presencia de otro sujeto --su hermano-- que brinde a la bebe continuidad existencial.

En este caso, la madre interpreta ciertas necesidades de la bebe como berrinche, y por ejemplo brinda un espacio de distracción (salir a hacer compras) como parte de una rutina necesaria del adulto sin decodificar y asociar el llanto con las necesidades afectivas del bebe, o de la necesidad del bebe de un espacio recreativo. Asimismo no decodifica la necesidad para la bebe del establecimiento de relaciones vinculares, al cual reclama con su llanto. En este sentido, se une la noción de la intersubjetividad cuando la figura del hermano mayor aparece como escena de felicidad para la bebe, donde la presencia de una figura que le resulte familiar configura un aspecto de bienestar.

Una de las madres, especificaba que cuando su hijo más pequeño llora primero busca la causa, anticipando que la conducta se refiere a una insatisfacción fisiológica. En los

casos en donde constata que el llanto continúa, considera necesario la consulta médica inmediata. A su vez clarifica que es una estrategia que también ha utilizado con su hijo mayor (de 3 años).

*M5: Si le duele la panza lo más seguro, por la experiencia de M. ( nombra a su otro hijo) igual todavía no me ha pasado, pero la panza le queda dura, no puede hacer caca o tiene gases, ahí le hago un masaje en la panza con las piernitas, corte una bicicleta viste, se le suben las piernitas, y ta, lo hago así, y sino si el niño llora, llora y llora, o si esta incómodo o si vos ves que si esta cambiado si esta bañado, le diste de comer y todo, y ahí sigue llorando y sigue llorando me lo llevo al Pereira (hospital pediátrico de Montevideo)  
I: Tu decís a la emergencia del hospital?*

*M5: Si, siempre hice lo mismo y me ha dado resultado. aparte le toco el oído y me doy cuenta si le duele, si tiene fiebre también, o esta calentito a ver si el botija tiene temperatura o no. no, de el todavía no he tenido berrinches, es tranquilo en general, el no nada de berrinche, y si llegara a hacer algún berrinche lo levanto, le doy un baño, una mamadera, **o sea se controla.***

En esta última frase la mujer madre agrega la noción de la regulación del bebe, adjudicando que éste logra controlar el llanto a los 5 meses de edad. En este sentido se manifiesta cierta evasión de la angustia que genera el llanto, negando otras causas de raigambre psicológicas u afectivas, que a su vez se observaron en el vínculo establecido de esta madre con su hijo mayor de 3 años.

Mediante distintas vías sensoriales el bebe transmite información sobre sus necesidades fisiológicas y afectivas. Si la mirada es la modalidad privilegiada de comunicación, el llanto configura la primer vía de comunicación sonora. En este sentido requiere ser interpretada y significada por los adultos que cuidan, ya que es habilita al ingreso posterior del mundo del lenguaje y de la simbolización (Bauer et al, 2009).

La siguiente situación motivó la intervención de la investigadora frente al llanto inconsolable de una niña y la respuesta discordante y estereotipada de su madre, posible reflejo de fallas importantes en la interacción temprana que configuran riesgo para el desarrollo de esta niña.

La madre responde de forma estereotipada ante el llanto persistente y creciente de la niña. Frente a esto, la investigadora realiza una breve intervención para intermediar la situación pero por parte de la madre no se habilita posibilidad de cambio, y por tanto las estrategias se frustran.



*I: Querés que te ayude con los bebés ahora? [en ese momento el llanto de ambos niños era más intenso aun, desde la perspectiva de la Investigadora, era un clima sumamente desesperante y angustiante, ver a esos niños con ese nivel de sufrimiento, llorar desconsoladamente]*

*M12: No, no. [se dirige a la niña, que hasta el momento lloraba copiosamente y angustiosamente parada en el consultorio] "Basta C. te sentás ahí y la terminas" I: Ella es siempre de llorar así?*

*M12: Sí, sí. (...)*

*I: Cómo se calma cuando está así?*

*M12: Y se calma, puede estar una hora y pico, o más inclusive, hasta que se termina durmiendo y ahí se calma.*

*I: Y llora porque le duele algo?*

*M12: No, llora porque no se, le molestó algo o se aburre, o algo y ahí se pone así a llorar. Y así está...*

*I: Te preguntaba porque parece un llanto de mucho dolor*

*M12: [se queda en silencio y no responde. Aire de indiferencia de la situación]*

*I: [Investigadora intenta interactuar con la niña, pero no se logra, la niña no mira ni responde ante el llamado por su nombre] Te desborda en algún momento la situación ante el llanto de C.?*

*M12: No, la verdad que no.*

La situación fue muy tensa, y especialmente denotaba una situación de denuncia del riesgo en el desarrollo de esta niña. Las respuestas estereotipadas que daba la madre y especialmente la conducta que incorpora frente al llanto inmotivado de la niña, recurrente y persistente, sin un ápice de resguardo, ni de sostén, pueden hacer pensar en una alteración en la interacción temprana, que lleve a configurar conductas de apego inseguras.

Desde la contratransferencia, la investigadora se identifica con el sufrimiento de la niña, logrando captar esa señal intensa de angustia que deriva en importante retraimiento, y desencuentro con el otro. La fuga hacia su interior, inhibiendo desde su corporalidad y miradas al encuentro con el otro. Comportamientos que dan cuenta de un reclamo de la niña, que no cesa en su empeño de seguir buscando contacto con su madre, y que al no encontrarlo busca refugio en sí misma.

## **4.2 Prácticas de cuidado**

Esta dimensión analítica denominada "prácticas de cuidado" se vincula a los aspectos relativos a los cuidados relatados por parte de las mujeres madres como centrales en la cotidianidad de la crianza de sus hijos. A modo de organizar la presentación, se

definen cuatro categorías de análisis. La primera de ellas se denomina: "**acerca de la alimentación**". La segunda refiere a los aspectos de vinculados a las **rutinas de higiene de los niños**. La tercer categoría presenta las concepciones **acerca del sueño** mientras la cuarta categoría hace referencia a las **sugerencias** que reciben las mujeres madres sobre las **prácticas de cuidado** que desarrollan hacia sus hijos.

#### **4.2.1 Acerca de la alimentación**

A partir de la pregunta sobre el desarrollo de un día común y corriente en la vida de la diada madre-bebe, las mujeres entrevistadas describieron aspectos que hacen referencia a la rutinización de prácticas de cuidado que apuntan a las pautas de alimentación, higiene y sueño.

El desarrollo cotidiano de estos cuidados hacia los niños, en especial durante la temprana infancia, es clave para garantizar aspectos inherentes al desarrollo físico-inmunológico, intelectual, socio-afectivo, momento clave donde se afianzan los cimientos de la vida (Bedregal, Pardo, 2004).

La importancia de la experiencia interactiva cotidiana es planteada a partir de los desarrollos propuestos por Bowlby, sosteniendo que la experiencia interactiva del bebe con su o sus cuidadores principales es clave en la experiencia de la vida cotidiana. Esto conduciría a sostener el desarrollo de las conductas de apego del niño hacia el cuidador principal, es decir, aquella persona que atiende al niño, le brinda protección, estimulación, en un sentido integral (Posadas, Waters, 2014).

La construcción de sentidos que realizan estas mujeres que cuidan entorno a los aspectos de la vida cotidiana, hacen referencia a lo que Winnicott (1991), definía como *Preocupación maternal primaria* donde priman elementos que refieren a la protección, cuidado y necesidades del bebe, donde la madre (o cuidador equivalente) decodifica y ofrece a modo de garantizar el pleno desarrollo del mismo.

Algunos fragmentos seleccionados, describen la situación de la siguiente manera:

*M7: Ella se despierta a las 6 de la mañana, después toma teta, la vitamina, la mema, se vuelve a dormir, ya lo atiende a el que se levanta (en referencia a su otro hijo de 3 años) y así estoy todo el día con ellos, con los dos.*

*M6: Ah... (suspira) bueno, desde la mañana entonces?...nos levantamos, primero se despierta ahí, toma teta y la dejo acostada al lado mío a la mañana, duerme en su cuna, eso solo que estamos ahí a la mañana. Me levanto, toma las vitaminas a las 10, y 10 y 10 toma la vitamina D que está separada. Le doy la teta, primero le cambio el pañal y le doy la teta mía, y va para el corral mientras yo desayuno y limpio nuestro cuarto. Y ta, después, ta estoy con ella, mamá cocina, comemos, dormimos la siesta, que tiene la siesta de las 2 a las 3 y media por ahí, ella duerme. Después que se despertó, come de vuelta, la cambio, la refresco, la baño de tarde, a eso de 5 y media, de vuelta al corral, que estamos ahí. También todas las tardes vamos a la rambla, lo hicimos rutina, o la rambla o la Plaza X ( nombra el lugar) para que tome aire. Toma teta al aire libre, después llegamos y bueno, comemos y nos acostamos.*

Las características de estos primeros tiempos, queda ligada a la continuidad existencial a partir de la realización de las prácticas de cuidado en la vida cotidiana, lo cual permite integrar al bebé a un universo en el que es central que las prácticas de cuidado sean estables.

A través de las distintas descripciones sobre las rutinas de alimentación, las mujeres madres desatacan la importancia del lugar de la lactancia. La alimentación es uno de los aspectos más citados por ellas, al solicitar la descripción de la rutina diaria junto a su hijo o sus hijos. En sus relatos, se desprenden valores sobre alimentación adecuada, lactancia a pecho directo, introducción de lactancia mediante complementos indicados por el pediatra y otros factores en torno a la alimentación.

Distintos expertos a nivel nacional (Canetti, 2013) e internacional (Bedregal, Pardo, 2004) sistematizan la importancia de la alimentación y la nutrición específicamente a nivel de la primera infancia, asociando la incidencia de la desnutrición en los sectores de mayor vulnerabilidad económica, situación que genera riesgos y retrasos en el crecimiento. A su vez, se puntualiza que en el periodo de 0 a 3 años el desarrollo cerebral tiene mayor actividad, ya que es el período de construcción del cerebro donde se sientan los "cimientos biológicos" del Sistema Nervioso Central (Hackman, Farah y Meaney, 2010; Barbeito, 2010; Canetti, 2013)

En varias de las entrevistas realizadas, se observa que las mujeres describen el desarrollo de la vida del bebe en función a la satisfacción de ciertas necesidades básicas de ellos, como lo supone por ejemplo, la alimentación.

*M8: Ella digamos come y duerme, come y duerme, mientras este cambiadita y comida, por ahora come y duerme.*

*I: Hay algo en particular en la rutina de ustedes?*

*M8: No se... ella a la hora que se despierta y si ella está llorando yo ya le doy la teta o mema, porque también le doy complemento, después duerme y bueno ta, aprovecho a descansar mientras ella duerme. Sino la cambio y eso, y además mi hermana me ayuda con ella.*

Entre la construcción de sentidos que algunas de las mujeres madres entrevistadas realizan sobre cuidar durante los primeros tiempos de vida, agregan otra categoría, que es la de brindar a su hijo la alimentación a demanda. Ellas ejemplifican situaciones en relación a la alimentación en donde es el bebe quien marca el tiempo y el ritmo de la necesidad de acceder al pecho directo o a la lactancia mediante mamadera, como forma de satisfacer el hambre o de conciliar el sueño como parte de la rutina. Lo interesante es la disponibilidad de estas mujeres frente a esta demanda del niño, y de la sensibilidad en ofrecer ese sostén.

*M8: De madrugada a veces se despierta, ponele que cada 4 horas más o menos, ahí ella se despierta, y ya te digo si le puedo dar pecho y la enllena bárbaro porque sigue durmiendo, sino le hago una mema y también, le doy la mema y sigue durmiendo. Se enoja si tiene hambre y hay que darle pecho y eso.*

*M11: "Se porta bien, juega ahí un poco con la hermana, yo cocino pa' la noche, después la baño, y se duerme, (...) se duerme tomando pecho.*

*I: Así que sigue tomando pecho, y todos tus hijos han tomado pecho hasta los 2 años? M11: Si, todos, les di hasta que tuve, y ahora todavía tengo leche para ella.*

*E: y ella te pide pecho durante el día?*

*M11: No, solo me pide para dormir, le doy pecho de noche, y ella así se duerme.*

*M9: Ella se levanta cuando se despierta, yo tengo dos nenes mas además de ella, que van a la escuela a la una de la tarde. No sé, cuando se levantan, les hago el desayuno, ella toma pecho pero toma también complemento, uno o dos mamaderas en el día. Y bueno, le doy la mamadera, los hermanos desayunan.(...) ahí en la tarde ya come algo viste, tipo a la una o una y algo le doy algo de comer, a veces a las 10 de la mañana si no quiere mamadera le doy un puré de manzana viste o alguna*

*cosa de esa. No come muchas cosas todavía, por hora, compota, fruta, jugos, de a poco le estoy incorporando otros alimentos, pero eso de a poco.*

Las mujeres entrevistadas en su mayoría resaltan la importancia del brindar a sus hijos pecho directo, y relatan distintas situaciones de la vida cotidiana que refuerzan dicha situación. Incluyen otras dimensiones respecto a los cuidados en la alimentación y especialmente al acto de lactar, entre los que destacan asuntos familiares, consejería de otras mujeres con experiencia previa, referentes familiares pertenecientes a otras generaciones, dimensión institucional, y el lugar del pediatra en el control de peso del bebe, obstetras parteras, entre otros.

*M4: Si, que le diera de comer, y que le sacara el complemento que era lo que le hacía mal, que le secaba el vientre y era horrible.*

*I: Y eso por ejemplo, quien te lo dijo?*

*M4: Y eso todo el mundo, desde mi madre hasta mi familia toda, toda mis vecinas que tienen hijos chicos, me dijeron eso, que le rebajara la leche con agua, porque dice que el complemento te seca y aparte si vos vas al médico te dicen que no hay solución (...) o llevarlo a hacer un enema, pero otra solución no hay. Y ta yo no lo quiero ver sufrir.*

En el siguiente fragmento de entrevista, esta mujer estaba explicando sus dificultades en relación a la lactancia de pecho directo, y durante el desarrollo de la entrevista se da la siguiente situación con su bebe, que llora varias veces, identificando ese llanto al de "hambre":

*I: Ahí parece que está tomando el pecho un poco más...*

*M8: No, no lo agarra, parece pero no, le cuesta, es que son mis pezones que son chicos. Agarro ahora apenas un poquito. Yo tengo problema en el brazo este (señala brazo izquierdo, la dificultad es fácilmente visible a la observación, maneja cuidadosamente a la bebe a pesar de la dificultad) Entonces me cuesta más todavía darle pecho, porque tengo dificultad con ese brazo y me cuesta más agarrarla. A veces necesito ayuda por eso, en la cama le tengo que dar de este pezón (señala) porque del otro no agarra porque a mí me cuesta por el brazo, porque estoy totalmente temblando esa parte, el brazo me tiembla en algunas posiciones y no puedo.*

Uno de los aspectos que se reitera en varios pasajes de entrevista, es la situación de sufrimiento y presión vivido por las mujeres frente a la lactancia directa. En este sentido, se puede distinguir el nivel de naturalización de la lactancia materna directa, donde

parecería que es "asunto natural de la mujer", aspecto que se vincula con la idea de la maternidad como condición equivalente a lo femenino.

En este sentido, la lactancia "natural" o a "pecho directo", supone para muchas mujeres un escenario nuevo en su condición de *ser madre*, que en algunos casos se inaugura con pasajes por momentos de estrés y sufrimiento en varios niveles, que van desde el cambio corporal hasta la identificación de las necesidades de alimentación de sus hijos. En especial lo que refiere al nivel del cuerpo de la mujer, en algunos relatos especifican la situación de dolor y la vivencia traumática en momentos de lactancia a pecho directo. En algunos de los siguientes fragmentos se puede identificar el lugar del dolor, el sufrimiento y el mandato social:

*M5: La pediatra ha sido esencial , después también en el Pereira (donde nació.) desde ahí me ayudaron un montón: con el banco de leche, yo estoy donando leche al banco, y yo a lo primero no tenía pezón para que ella se prendiera, entonces era una frustración, lloraba ella todo el tiempo, porque tuve el calostro pero no tomaba, no se prendía a la teta, entonces ta, sufrí, me sangraban los pezones, pero bueno, fue todo de a poquito hasta que al final se prendió. y sigo donando leche al banco, 10 memas cada 15 días porque tengo leche bien y ella toma.*

A su vez, se suma la necesidad de atención especializada de la situación de las mujeres en puerperio, así como la necesidad de instrumentación específica en orientación sobre técnicas adecuadas de lactancia. La Ordenanza de Lactancia (Nro. 217/09) especifica aspectos relativos a la orientación, atención y cuidados hacia la mujer embarazada y en situación de maternaje. Se desarrollan indicaciones específicas para el Primer Nivel de Atención en Salud, referidos en el marco teórico de la presente investigación, que oficia de orientación para técnicos como nutricionistas, obstetras parteras, personal de enfermería, psicólogos, entre otros profesionales de la salud.

*M8: Hoy estuve temprano acá en la policlínica con las parteras que me estuvieron ayudando y me sacaron un montón de leche porque yo sola no podía, no daba más. Por suerte ahora estoy mejor. Porque me duelen los pezones. Mañana voy a venir a la policlínica de lactancia que me lo recomendaron ellas, que esta la partera y la nutricionista, a ver cómo puedo hacer para mejorar la situación. Era demasiada la leche que se me había acumulado.*

La construcción de sentido desarrollado por estas mujeres en relación al cuidado de sus pequeños, en especial con relación a la calidad de la alimentación, permite observar que la mayoría de ellas identifican claramente la señal de alarma de su bebe frente al hambre, generando la necesidad de respuesta. Se relatan acciones que apuntan al control de la situación, brindando el alimento (pecho directo, complemento, incorporación de otros alimentos) con énfasis en la mirada del control pediátrico, donde se establecen los parámetros esperables para el desarrollo del niño. Esta centralización en los aspectos físicos de primera necesidad, hace perder el foco de atención hacia otros elementos presentes en el bebe, que pasan a un plano transitoriamente secundario, como lo es la estimulación oportuna.

En algunos relatos la crianza impresiona centrada en los aspectos biologicistas, de satisfacción de necesidades básicas. Es decir, que estas mujeres van relatando el contenido de lo que identifican que motiva el llanto de sus hijos; en ese sentido los elementos que describen son relativos a necesidades físicas (enfermedad, hambre, sueño, higiene). En líneas generales no hacen referencia a otros elementos que reconozcan como señal del bebe que den cuenta de otras necesidades que puedan formar parte de su desarrollo integral (Carbonell, Plata y Alzate, 2006).

#### **4.2.2 Acerca de las rutinas vinculadas a la higiene**

En relación a las rutinas referidas a la higiene, las mujeres especifican el **cambio de pañal** como elemento de cuidado hacia el niño. En varias oportunidades refieren a ello como parte del conocimiento del "*propio hijo*", al observarlo con inquietud e incomodidad. Ello da cuenta del trabajo de decodificación que realiza la madre al interpretar con pertinencia las señales que emite el bebe. En tal sentido, las frases que prosiguen dan cuenta de dicha interpretación de la situación de "*molestia*" por un pañal que debe ser cambiado.

*M13: Ella agarra y te dice: "así" [la madre hace gesto como de indicar algo, imitando la conducta de su bebe] se queja, o llora, hace eso y ahí me doy cuenta.*

*I: Usa pañales?*

*M13: sí, usa todavía, y si está sucio ella se queja, se hace entender (...)*

*M9: (...) ahhh, y el pañal, por ejemplo si ella se hizo de cuerpo no aguanta ni dos minutos. Pero ella porque yo ya la acostumbré así. Enseguida empieza a moverse y a quejar, no llorar ni nada, pero son quejas que te das cuenta que hay algo distinto. Pero igual yo ya sé, porque ya la vi hacer fuerza y ella empieza inmediatamente que terminó y ya no hace mas, empieza a quejarse, una que llora y yo no la dejo que se ponga mal y enseguida la limpio.*

*M5: "Él te dice si, capaz que otras personas no le entienden el vocabulario de él, pero yo le entiendo, le entiendo si cuando me dice, por ejemplo, ahora está usando menos el pañal, pero a veces que se lo pongo el pañal, y él se hace caca y viene y hace con las piernitas así (muestra gesto) y te dice: "mamá caca vamos". Ta y yo voy al baño y lo lavo".*

Estos fragmentos de las entrevistas, ponen de manifiesto, el desarrollo de un estilo de comunicación madre-bebe. El lenguaje de lo corporal y de las interpretaciones de los gestos del niño, forman parte de la vida cotidiana de la díada, y es la madre quien oficia de intérprete de las necesidades de su hijo durante los primeros tiempos. Auglanier (2007) propone que en los primeros tiempos la madre es quien anticipa e interpreta las necesidades de su *cachorro humano*, ejerciendo una violencia primaria, necesaria anticipación y mediatización de las necesidades del bebé.

A partir de la interpretación y decodificación que la madre realiza de los mensajes que emite su bebe, se genera una semantización del gesto del bebe por parte de la madre (Freire Garbarino,1992). De esta forma, será posible poner en palabras o efectuar con otras acciones, la satisfacción de las necesidades del niño en edad temprana.

Otra de las rutinas de higiene que aparece en el discurso de las madres, es en relación al **baño**, el cual describen de distintas formas. En algunos casos aparece ligado a un deber ser, como un mandato en donde el organizador es externo a la madre, en tanto un representante del Estado es quien cumple la función de organizar una rutina de cuidados hacia los niños, no es la madre quien define esos tiempos en exclusividad. Esto se ejemplifica en el siguiente fragmento donde una de las mujeres madres referencia rutinas de higiene vinculadas a exigencia institucional:

*M12: "No sé, levantarme, hacer el desayuno, cambiarlo, darle el pecho, bañarlo. Eso de mañana. Viste que al estar en un refugio como que nos tienen medio [da a entender que se les exige en el refugio el cumplimiento de ciertas rutinas de higiene].*



Desde el discurso las madres portan también otras representaciones en torno al baño. Las vivencias y significados diferentes que se asignan ante un mismo acto: bañar a su bebe y que generan distintas representaciones, así como desde lo vincular con el niño, con énfasis en aspectos del orden de lo intersubjetivo y que habilita a construcciones diferentes. Estos aspectos se anclan en momentos lúdicos, superando el aspecto instrumental de la rutina de higiene propiamente dicha.

En otros casos, esta rutina cotidiana constituye un momento de disfrute para el bebe además de ser fuente de estimulación temprana. Generan un ambiente interesante para el disfrute de esa rutina cotidiana, Se incorporan juegos y juguetes, y muchas veces constituye una instancia compartida. En algunas situaciones, ha sido presentado como una instancia compartida por otros adultos cuidadores, incluyéndose el padre, en algunos de los relatos.

*M1: Le encanta, la baña el padre, el padre participa mucho. Él la baña. Calienta el agua y le dice: "vamo a bañarnos" y ella queda feliz de la vida. Le saca la ropa, y ella ahí queda y se estira toda, se explaya toda en su bañito, chapotea en el agua y todas esas cosas (...)*

Los relatos presentan a niños y adultos en una situación singular que combina cuidados y espacios lúdicos y de placer. Se describe al bebe como copartícipe de una experiencia emocional y como sujeto que desea y que disfruta de un espacio que lo singulariza, que le resulta interesante, divertido y disfrutable. También el adulto en un rol que además de cuidar , disfruta En este aspecto, los relatos de las madres permiten un acercamiento hacia esas situaciones cotidianas. Es interesante el carácter intersubjetivo de esta situación, donde participan adultos que cuidan y niños, en una actividad donde se piensa al bebe como copartícipe de una experiencia emocional.

*M5: "se baña de tarde, a eso de las 4 o 5 después de que duerme la siesta. Se baña bien, lo subo arriba del wáter, le saco la ropa, lo meto para la duchita de él, como es que se llama?... el bañito, y ta, con los juguetes, lo baño, se deja bañar todo, re lindo, a veces pelea pa salir, porque no quiere salir, y ta, pero después lo saco, lo visto (...)*

El rol del adulto que cuida establece pautas en esta rutina, organizando entrelazando principio de realidad y principio de placer. En el fragmento anterior, la madre organiza el espacio-tiempo, instrumentando límites necesarios para el cuidado, y mostrando que el carácter intersubjetivo se relaciona con el deseo del sujeto, pero a su vez, con la capacidad de establecer parámetros que oficien de límite, organizando desde el principio de realidad y satisfacción de necesidades.

*M7: Y de tarde se vuelve a dormir un rato, Lo baño, en general siempre lo baño a eso de las 3. lo baño a esa hora que todavía hace calor, no sea cosa que me vaya a "agarrar un aire" ni nada de eso. A veces cuando esta el padre lo bañamos entre los dos.*

*I: Y ese momento del baño como es entre ustedes?*

*M7: Ah!!!, es gato no pato, no le gusta bañarse (se ríe) se resiste.*

#### **4.2.3 Acerca del sueño**

El momento del sueño, es descripto como parte de las rutinas, y es resguardado por el cumplimiento de ciertas prácticas que lo garanticen. Las mujeres en las distintas entrevistas relataban una **rutina de sueño** que daba cuenta ritmos y estabildades y de pautas marcadas y repetidas, singulares a cada día. Es relevante especificar que estas mujeres en su mayoría, constituían relatos que explicaban en detalle cómo se desarrollaba la situación. Queda clarificado el carácter sistemático de dichas prácticas que las convierten en rutinas que permiten organizar la alternancia vigilia-sueño, contribuyendo a la dinámica cotidiana del grupo de convivencia.

*M7: Y a ella yo la hago dormir, queda en la cunita, a él también lo hago dormir, ahora conmigo y después lo paso a la cama de él. Y ta, después ellos duermen toda la noche, y P. es la que se despierta más temprano como te decía que toma la teta.*

*I: Te pide teta en la noche?*

*M7: Si a veces sí.*

*I: Y para dormir?*

*M7: Si, eso sí para dormir primero toma teta y después se duerme.*

Se hace referencia al momento de "dormir" como una instancia que se logra a partir de la presencia de un adulto que cuida, y que sostiene dicha rutina. Resulta ser una

práctica influenciada por el encuentro que estructura la noción de intersubjetividad referida en el marco teórico de la presente investigación.

*M9: Y en la noche... ella se duerme tipo 12, se prende de la teta, se durmió y se la saque y ahí sigue durmiendo toda la noche como hasta las 9 de la mañana que se despierta, sigue olímpica. A veces, capaz que se despierta a las 3 o 4 de la mañana y ahí le doy teta si me pide. Nunca tuve problema de sueño. (...) Es como te digo, ella se despertaba de noche y los primeros días de cuando estuvo en casa, después cuando ella se acostumbró, cuando yo la amoldé' al espacio ella se acostumbró.*

Estas escenas cotidianas configuran la riqueza del intercambio intersubjetivo, donde en este caso madre-bebe irán regulando los intercambios, mediante interacciones con determinados ritmos y sincronías (Guerra, 2009).

*M6: Yo siempre la miro cuando me despierto, si esta despierta ya le doy la teta. Y está conmigo un ratito en la cama y se vuelve a dormir. Es tranquila.*

Por otra parte, se van diferenciando los roles y lugares en el ámbito de la familia en situación cotidiana. El rol del tercero, que se referencia a continuación, lugar de la función paterna, implica la posibilidad de esta díada madre-bebe de amoldarse a lugares flexibles, que instalan continuidad existencial y tiempos de espera. La rutina del sueño permite discriminar distintos momentos tiempos y espacios dentro de la estructura de la familia.

*M4: y después en la noche, ya sabe la hora que viene el padre de trabajar y aguanta despierto, y espera hasta que llega, y cuando llega se duerme enseguida. A veces viene a las 8 o a veces a las 9, depende de si vino a comer o no al mediodía. En verano viene más tarde porque como trabaja en una quinta, cortan lechuga y acelga y todo eso. (...) y ahí depende, hay veces que se duerme a upa, y queda vencido y ta, y tenes que estar ahí un poco, hasta que queda vencido y ta.(...) el tiene su cuna si, y el duerme conmigo toda la noche, si lo despierto a la madrugada para darle la mamera, lo llevo para donde le toca. Nos estamos acostumbrando a los horarios, pero ta.*

#### 4.2.4 Sugerencias en las prácticas de cuidado

Como se ha expresado en el apartado referente al marco teórico, resulta variada la bibliografía que incluye **sugerencias sobre la forma en que se deberían realizar los cuidados hacia los niños**. A partir de las entrevistas realizadas, las mujeres madres relataban recibir sugerencias relativas a las prácticas de cuidado hacia sus hijos de parte de referentes familiares, vecinas, amigas, mayormente referidas al género femenino.

*M4: Si me han dado muchos consejos, yo más bien me guío muchos por mis hermanas que yo vi criar a todos mis sobrinos, y mi madre, pero particularmente hago lo que a mí me parece y eso, porque no todos los niños son iguales, la madre soy yo, la que está soy yo.*

Se especifica el papel de los referentes a la hora de tomar decisiones con algunos aspectos de la crianza y de los cuidados hacia los niños, especialmente en aquellas mujeres que por primera vez iniciaban una situación de maternaje. La idea de la consejería aparece como fuente válida para construir aspectos seguros en las acciones de cuidado.

*M6: Y yo trato de que todo lo que sea de información de aceptarlo, porque veo que si me lo dice alguien mayor es porque ya lo vivió y tiene la experiencia y trato de aceptarlo. Yo que sé, por ejemplo, con los mocos también me aconsejaron porque yo no sabía ni cómo sacarle los mocos, cantidad de cosas, pero un consejo que no tome... (piensa) todos los consejos que me ha dado mi mamá los he tomado. No me doy cuenta ahora de algo que no...*

*M5: Un consejo es que no la abrigue, porque yo era mucho de abrirla de más, y sudaba mucho, tenía todo sudado, que no la abrigue... (...) la abrigaba de más porque yo tenía miedo que tuviera frío (...) Y después los cuidados con la cola, con la cremita, igual nunca tuvo la cola paspada..*

Por otra parte, se entrecruzan los discursos de los referentes familiares y la transmisión de la experiencia del cuidar a partir de la vida cotidiana, con la información brindada por el sector considerado con "experticia" en el tema, como por ejemplo, el lugar del agente de salud.

*M8: (piensa) Mi abuela es la que me dice cosas, pero ta, me da consejos tipo de por ejemplo el ombliguito y eso. Que le pusiera aceite y eso, pero ta,*

*yo no le hago mucho caso. Yo por ejemplo agarré y le limpie el ombligo siempre con alcohol como me dijeron las enfermeras en el hospital.*

El rol de las instituciones de salud y educación, cumplen una función de control, y de orientación en pautas relativas al cuidado y prácticas de crianza, especialmente aquellas centradas en el desarrollo físico. En este sentido el sector vinculado a la salud tiene a su alcance una importante coyuntura en lo que respecta a la promoción de prácticas de cuidados y del desarrollo en la temprana infancia, a consecuencia de la proximidad al niño y su familia durante los primeros años de vida.

En este sentido, la consulta pediátrica aparece referida en la mayoría de los casos como eje central del cuidado del desarrollo en el bebé y niño pequeño. Resulta para muchas mujeres madres, la instancia en donde confiar una situación determinada en relación a la salud de sus hijos, un espacio de orientación y consulta oportuno. El pediatra puede oficiar como puente entre la institución salud, y el binomio madre-bebé.

*M9:(...) con la pediatra tengo total confianza, me atiendo con ella desde que mi hijo mayor nació, es decir desde hace 13 años, ella es la pediatra de ellos. (...) ella es muy buena pediatra, los he tenido que atender con otros pediatras, no han sido malos (...), pero yo tengo confianza con ella, te dice las cosas mejor, como que la forma en que ella me dice las cosas a mí me cae mejor, y confié en ella (...).*

La importancia del establecimiento de un vínculo de confianza y espacio de empatía con los usuarios en un servicio de salud, puede ser pensado como un factor de relevancia en la adherencia a programas de prevención en salud, diagnóstico y detección precoz.

*M8: El otro día que también tuvo control, la pediatra me dijo que subió de peso, no subió lo suficiente como se esperaba, y yo ahí le expliqué a la doctora el tema de los pezones y eso, y ahí me dio complemento, y ta, ahora con complemento y eso, también le saco o le doy, eso ayuda a que pueda subir de peso y se llene más rápido. Marcha mejor con el complemento pero me parece que come más ahora (...)*

En relación a la promoción de factores protectores en los cuidados de la primera infancia, el ámbito sanitario aporta un espacio de protección institucional y de vigilancia del desarrollo infantil temprano. En este sentido los controles pediátricos registrados a

partir del carné de salud del niño, aportan una mirada integral en los aspectos del desarrollo, realizando controles periódicos en salud. En este sentido el carné pediátrico se constituye en un instrumento que acerca a los cuidadores principales a una mirada integral del desarrollo.

*M4: Yo siempre lo traigo al control con la pediatra y el siempre va creciendo, que de cabeza, el cuerpito y sube de peso, en el control siempre me dicen que está bien y que está creciendo bien.*

*M9: " uhh pobrecita mi amor" (en relación a su bebe) Es que está mal del pecho hace días, estuvo haciendo fiebre pobrecita, por eso la traje al pediatra, a ver si me puede dar algo.*

Por otra parte, algunas de las recomendaciones realizadas desde la consulta con pediatra no son tomadas por las madres, primando en ese sentido su propia reflexión sobre los aspectos que refieren a las prácticas de cuidado de sus hijos. En algunos casos, supone una adaptación a las situaciones de la vida cotidiana a la que la familia se enfrenta, y que suponen un reajuste de las prácticas de crianza. El siguiente fragmento de entrevista así lo manifiesta:

*M1: Si la pediatra me dijo, porque yo le dije que ella duerme toda la noche y ella me dice que no, que hay que despertarla para que tome teta de noche, pero...*

*I: Y frente a esa sugerencia que hiciste?*

*M1: Y... no le hago caso, (se ríe) duerme... y ahora no duerme toda la noche, a las 4 se despierta, pero no la despierto para comer ni nada de eso, pero ta, salvo eso, todo aceptamos, salvo la dormida de la noche. Que es la fundamental, y más ahora trabajando, no, no.*

En otras situaciones, las recomendaciones del pediatra quedan en la órbita del deber ser, sin que sea tomado por las madres como parte de los cuidados en el desarrollo del niño, en una primera aproximación, se observarían dificultades para incorporar las orientaciones del pediatra, un ejemplo es la siguiente descripción:

*M13: si me han dicho de la teta algunas cosas, que ya tienen que ir dejando la teta, que la usa como juguete a la noche, y eso (...) y la pediatra me dice lo de la cama, que la saque de la cama que tiene ya que dormir sola.*

*I: y vos tomas en cuenta esos consejos?*

*M13: Y todavía no... (...) más adelante lo voy a hacer.*

A su vez, surge la inquietud del lugar de la salud de la mujer durante el puerperio, y luego propiamente en el proceso del desarrollo de su maternaje. El centro de la asistencia se centra en el control del bebe y niño en crecimiento, quedando a un lado la atención integral de la salud hacia la mujer. En ese sentido, surge la pregunta de cuál es el lugar que la mujer madre tiene para el cuidado de sí misma, y con qué apoyos comunitarios e institucionales cuenta.

### **4.3 Redes Familiares y comunitarias**

Esta dimensión analítica da cuenta de ciertos componentes que referencian la inclusión de otras figuras que sostienen a las madres como cuidadoras principales. En este sentido se toman las referencias que realizan las mujeres madres participantes de este estudio en relación a las redes familiares y comunitarias de contención y acompañamiento en el desarrollo de los cuidados a los niños. Se categoriza como "adultos que cuidan" como forma de ilustrar el movimiento de los cuidados como acciones complejas y de las que se requiere continuidad. Dentro de dicha categoría de análisis se identifican dos subcategorías: la feminización de los cuidados y el lugar del hombre como padre y pareja.

#### **4.3.1 Adultos que cuidan**

Esta categoría de análisis denominada "*adultos que cuidan*" tiene la intencionalidad de referir explícitamente la función de los cuidados en forma extendida a otros adultos que puedan ejercerla. Dicha función de cuidado ejercida por adultos próximos a la díada madre-bebe, acompañan la cotidianidad de las prácticas de cuidado, y configuran lugares relevantes en la vida de estos. Es decir que los cuidados también se extienden a otros referentes familiares que pueden y/o quieren cuidar. En las distintas entrevistas, las mujeres madres relataban la situación particular en relación a los apoyos de adultos en las funciones de cuidado. Tomando en cuenta la caracterización ya realizada de las mujeres participantes de este estudio, se anticipa que en la mayoría de los casos esas prácticas de cuidado, son protagonizadas por otras mujeres, como tías, hermanas, abuelas, en donde se consolida y persiste el imaginario de dicha feminización del cuidar

y por ejemplo, de garantizar el desarrollo de los niños pequeños. En algunos casos, la figura del hombre, ejerciendo su paternidad y como pareja de la mujer, incluyen dimensiones de cuidados, que se presentan en su mayoría en una forma tradicional y patriarcal.

#### **4.3.1.1 Feminización de los cuidados**

Desde una perspectiva histórica las prácticas de cuidado se encuentran asociadas social y culturalmente como responsabilidad y tarea de las mujeres, entendido como *rol natural*. Esta feminización de los cuidados en la cultura occidental, persistente hasta la actualidad, parte de la naturalización de la maternidad como condición exclusiva e inherente al sentido del ser mujer (Alkolombre, 2012; Darre, 2013).

El papel de la mujer madre como central en relación a las prácticas de cuidado y como garantía de la sobrevivencia de la herencia es una construcción histórica. No obstante, esta naturalización rige la forma en que distribuyen los cuidados más allá de la maternidad. Esta transmisión cultural que supone que los cuidados y el amor pertenecen al género femenino, se extiende a la mujer como sujeto dispuesto a amar y a cuidar. Son otras adultas y mujeres, las que se ocupan de la función del cuidado, o de brindar apoyo a las mujeres madres como forma de garantizar la sobrevivencia de los niños. En este sentido retomando la ECH (2014) se observa el marcado protagonismo de las mujeres que son las que sostienen los cuidados en salud no remunerados. Teniendo en cuenta la caracterización de las mujeres entrevistadas, correspondiente a un nivel socioeconómico bajo, y tomando en consideración los estudios de Batthyány, Genta y Perrotta (2012), en un comportamiento de distribución más tradicional de cuidados, las mujeres desarrollan prácticas de cuidado no remuneradas, mientras los varones ejercen mayormente la función de proveedores.. Esto se extiende a los adultos que cuidan en las familias, existiendo un marcado protagonismo de mujeres que desempeñan tareas auxiliares en los cuidados no remunerados.

*I: Con quienes contabas en ese momento?*

*M8: Y como siempre, con mis hermanas, mi madre, mi abuela.*

*I: Y actualmente quienes son las personas que te apoyan en la crianza de ella?*

*M8: Y ahora como yo vivo con mis hermanas son ellas. Mi madre vive en otro barrio y eso pero me apoya también, nos visita y eso, los fines de semana más bien estamos todos juntos. Ella también me apoya un montón.*



El lugar de otros familiares, como hermanas o tías de la mujer, se constituyen como referentes de cuidado para la diada. De acuerdo a los significados otorgados por las mujeres madres de este estudio, se recurre a estas referentes especialmente frente a situaciones en donde ellas necesitan realizar tareas específicas, como por ejemplo concurrir al médico, y que no pueden llevar consigo al niño.

*M8: Mi hermana, mismo si yo no estoy porque tuve que venir hasta el médico, se queda con ella y lo mismo, primero esta ella.*

En los relatos las mujeres madres se explicita que sus hijos suelen permanecer la mayor parte del tiempo con ellas, pero que en algunas circunstancias, marcadas como excepcionalidad, los podrían dejar al cuidado de otros referentes familiares.

*I: Y por ejemplo si tenes que hacer un mandado a algún lado, se quedan con alguien?*

*M7: ah, sí, tengo a mi madre digamos, que ella viene y los cuida, es un apoyo.*

En lo que refiere al curso del embarazo, las entrevistadas evidencian la necesidad de apoyo y acompañamiento que ese momento vital supone. En ese sentido, relatan situaciones cotidianas relativas a la etapa gestacional, como por ejemplo la asistencia a control obstétrico o el parto.

*I: Con que apoyo contabas?*

*M4: para los médicos y eso, con mi familia que siempre me preguntaban cómo estaba y cómo me había ido. Mi madre me dice " y cuando tengas control llámame para ver cómo te fue, si está todo bien". Todo eso así, pero en realidad no mucho mas, cuando nació en el parto si fue mi madre y todo, estuvo todo el parto y todo, pero sino ta, yo vengo sola a los controles, y todo eso.*

En una de las entrevistas, una madre adolescente relata la importancia del apoyo familiar con el que contó para poder sostener espacios personales como la inserción y continuidad educativa durante el proceso del embarazo. Afirma a su vez, que el sostén de su familia (madre y amiga de su madre a la que iguala como "tía") ofició como función de cuidado durante su embarazo y con los cuidados de su hijo.

*M3: Antes vivíamos en x (refiere ciudad a unos 30 km de Montevideo) con mi mamá y nos mudamos para acá, que ella trabaja cerca. Allá vive mi abuela y mi hermana mayor. Todas ellas me apoyaban con el embarazo y todo. Para mí estuvo bien el embarazo, antes estudiaba allá en el liceo. Ahora quiero volver al liceo, ya que él está más grande, capaz el año que viene voy a un liceo que hay acá cerca, pero no sé cómo es, no sé bien.*

Las entrevistadas suelen traer en sus relatos la presencia de los abuelos. En la mayoría de las situaciones donde fueron nombrados se hace referencia a la línea de abuelos maternos; las madres expresaban el apoyo que reciben de ellos en relación a los cuidados de los niños, pero también ciertas dificultades en sostener algunos criterios comunes, especialmente los que se relacionan a pautas de límites.

*M2: Porque él también si yo me enojo con él o algo, lo rezongo, él va "abuelito, abuelita" y entonces los abuelitos lo agarran a úpa, se lo llevan por ahí, unos mimitos y se le paso también. (...)*

*I: Quienes te apoyaban?*

*M7: mis padres. Es decir, yo siempre estuve viviendo con ellos digamos. Y ellos también me ayudan ahora.*

A su vez, en las situaciones referidas anteriormente coincidía la cohabitación de estas madres, sus hijos y los abuelos. Esta confluencia intergeneracional, resulta compleja especialmente en aquellos momentos donde estas mujeres buscan delimitar su estilo de crianza hacia sus hijos. Es necesario el ejercicio de re definición de roles y funciones dentro de la trama familiar, observándose un desdibujamiento de ciertas funciones y por tanto situaciones de indiscriminación de lugares. En el sentido de comprender quién cumple el rol de madre, hermana, abuela, y dónde se encuentra el límite.

En el transcurso de las distintas entrevistas, se evidencia para estas mujeres el lugar de su propia madre. En varias situaciones el vínculo es estrecho y representa en la actualidad un apoyo fundamental.

*M3: más que nada mi madre, porque yo no sabía nada de estas cosas, y ta, ella me ha ayudado mucho (...)*

*I: Con quien contabas?*

*M6: con mi mamá, si, siempre con mi mamá.*

Esta madre primigesta y a su vez adolescente, habla en varias ocasiones durante la entrevista de la importancia que tiene su propia madre en el desarrollo y construcción de su identidad como madre. Rescata los aspectos relativos a la historia de su crianza, y a la transmisión transgeneracional de las prácticas de cuidado.

*M6: Siempre mamá nos crió, es decir yo tuve una niñez en donde mamá siempre estuvo, siempre luchó por nosotras, pasamos situaciones horribles, pero siempre ella buscaba la manera de que fuera menos para nosotras, y veo que lo que tengo de mi crianza y hasta ahora es la fortaleza porque mamá pasó muchas cosas y siempre como que vimos que mamá se sobrepone y es lo que estoy tratando de hacer. Hay situaciones que decís: "bueno ta, no puedo más, toma mamá la bebe" eso me pasó un poco con el fecaloma, horrible, horrible, y bueno mamá me decía: "tenes que sobreponerte M. porque ella esta acá". Eso es lo que me enseñó siempre: la fortaleza.*

En este sentido, se observa como incide en esta mujer madre los modelos internos propuestos desde la teoría del apego, que ofician como referencia interna del sujeto, mediando los comportamientos, las emociones y los aspectos cognitivos en el comportamiento vincular.

Se puede pensar en clave de transmisión generacional de ciertas prácticas de cuidado, inclusive las que no se ejercen por oposición a las heredadas. En las entrevistas se consultaba sobre la influencia de la vivencia de la propia crianza en relación a la situación de pasar a ser cuidadora principal. En varias situaciones las mujeres sostenían que no sentían influencia del estilo de crianza que recibieron de su familia durante su infancia, pero paralelamente afirmaban que no harían lo mismo que recibieron con sus hijos. Para poder ejercer la función de progenitor, en ese caso construir la identidad materna, será necesario la renuncia de la identidad de hija para ubicarse en un nuevo lugar, el de ser madre (Cigarroa, 2011). En este proceso, las figuras familiares sufren cambios, y pueden observarse resistencias. En estos casos, resulta necesario revisar dicho modelo y poder superar la situación, y re acomodarse, para no patologizar vínculos.

*M2: (...) todavía mi madre ayudaba porque no me dejaba hacerle nada, digamos lo bañaba ella, lo cambiaba ella, le curaba el ombligo ella, como que no me dejaba ser madre al principio, y ta. Todavía que me veía muy débil por el tema de darle teta y eso, que era muy doloroso, muy doloroso...y*

*ta... y el parto ahí que me desgarré... pero ta, después que T. ya tuve 3 o 4 meses ya me acostumbré (...) La que siempre estuvo ahí como segunda madre, fue mi madre. La abuela de él, que... que... que no es que me daba consejo de cómo hacerlo, lo hacía ella también. Muchas veces, lo hacía ella por mí. (...)*

En otras situaciones, al momento de consultar sobre apoyos de familiares, las mujeres hicieron referencia a la pérdida física de su madre. En uno de los casos, la situación de duelo era reciente. En el siguiente fragmento se singulariza dicha situación, expresada con una entonación de angustia y dolor:

*M11: Ahí todavía estaba viva mi madre, y me ayudaban, pero no llegó para el añito de ella. Falleció hace un año.*

*I: Te ayudaba tu mamá con ella?*

*M11: Si me ayudaba mucho, pero bueno.*

En otro de los relatos, una de las mujeres madres al momento de expresar el apoyo de familiares, narra sobre su relación con su hermano, al que deja de ver hace unos años y con quien contaba como apoyo en la crianza de sus hijos. Expresa desconocer el lugar donde vive su hermano y de haber perdido el contacto con él:

*M10: "no lo vi más".*

Inmediatamente se le pregunta "otros familiares que fueran importantes para vos?", responde:

*M10: "mi madre se murió cuando yo tenía 10 años".*

Este relato da cuenta de la necesidad que siente esta mujer en el momento de ser madre de su figura de apego. En este relato cuando se evoca a esta madre ausente se la trae desde el apoyo que hubiese necesitado, desde la necesidad de su presencia.

En otras situaciones, el lugar de la madre representaba un lugar de conflicto, que tiene significados multicausales que exceden a este análisis, pero que atienden a circunstancias tempranas, consolidadas por aspectos histórico-subjetivos.

*I: Y otras personas o familiares significativos que te hayan brindado apoyo?*

*M5: Si mi madre me daba apoyo temporal, hubo un momento en que nos peleamos y dije: "me voy".*

*I: Tienes contacto con ella?*

*M5: No ahora no.*

*I: Eso siempre fue así con tu madre?*

*M5: sí, siempre fue así con mi madre, si tenemos un tiempo de contacto y después lo dejamos. Se corta digamos el contacto.*

En el siguiente fragmento, se referencia el sentido que asigna una adolescente madre a su identidad en construcción de maternidad.

*M3: (...) Y está mi madre pendiente: "ay... que no lllore" y le tienes que decir "ta, para no" porque si no le vas a decir algo y cuando sea más grande te pasa por arriba. Y en la casa de mi abuela es lo mismo, cuando vamos está lleno de gente y todo es para él. Mi abuela es todo con él, mi tía todo con él, y si va mi otra tía es todo el rato con él, entonces es como que él ya sabe, quiere algo y se lo dan. Cualquiera se lo da.*

Esta adolescente madre expresa la construcción de sentido que realiza en relación a la presencia de adultos que acompañan su maternaje. Desde su relato manifiesta la interferencia de esos adultos que la hacen cuestionar su lugar como madre. Un lugar que está en construcción y en pleno trabajo psicológico construyendo esa nueva identidad, en un cuerpo y una psiquis que no acompañan. La confusión es mayor en una adolescente madre, donde confluye la construcción de su rol materno con la de su identidad correspondiente a su etapa vital.

#### **4.3.1.2. El lugar del hombre como padre y pareja**

A partir de las entrevistas realizadas, se describen distintas situaciones en relación al lugar que ocupa el género masculino en la vida de estas mujeres en particular. Si se caracteriza la situación de los hombres progenitores en la vida de estas 12 mujeres, se destaca que en cuatro casos, se mantiene la conformación de una relación de pareja conviviente, de estilo tradicional.

Uno de los aspectos a los que estas mujeres que conviven con su pareja hacen referencia es al acompañamiento de la pareja en situaciones de la vida cotidiana, y a la importancia de la división de los cuidados de los hijos.

En el caso de una de las entrevistas, su situación en particular, denotaba una organización familiar compleja, en donde las tareas relativas al cuidado de los hijos se hallaba distribuida en forma relativamente más equitativa. Ella relataba en distintos momentos de la entrevista, la complementariedad con su marido respecto a la responsabilidad del cuidado de los hijos.

*M1: Cuando no puede dormir y esto como ahora pasa de madrugada, se la doy al padre. Él le tiene una paciencia... a los dos les tiene una paciencia. La pasea, la acuna, la hace dormir, y el, ta. Él es un gran apoyo en ese sentido. (...) nos complementamos. Yo le doy la teta... como que nos turnamos para trabajar también entonces viste, uno está más cansado que el otro a veces y ta. Yo le doy la teta y se la paso, él le hace hacer provecho y después la pasea para hacer dormirse, no se duerme tan fácil...*

A su vez, en ese fragmento esta mujer madre, introduce la situación del trabajo en esta familia. Ella en otros pasajes de la entrevista, relata la organización frente a las cuestiones laborales de la pareja de padres, con énfasis en la distribución de tareas domésticas y de los cuidados de los niños. De las 12 mujeres entrevistadas, era la única situación que relataba una distribución de este estilo. En relación a la formalidad del trabajo, ella cuenta que concurre a una casa de familia a realizar tareas domésticas, y que no cuenta con beneficios sociales como regularización de aportes a BPS. Su marido trabaja como cuida coches en una parte de la ciudad, relatando que es una zona de referencia para él desde hace años.

*M1: Yo trabajo en una casa de familia durante lunes, miércoles y viernes de 8 a 1. Y él es cuida coche, entonces, él, llega, comemos y se va a trabajar. Los martes y jueves que yo no trabajo, trabaja desde la mañana hasta la noche, y después a mí a veces, me llaman de un boliche acá en la x (hace referencia al barrio donde vive), y entonces ahí trabajo de moza, y ahí normalmente jueves, viernes y sábado. O viernes y sábado, y ahí él se queda con ellos también, pero yo siempre les dejo: el almuerzo, la cena, o para el otro día, leche, y eso.*

Aparece en estas cuatro mujeres madres la presencia de la pareja como sostén del hogar en su calidad de fuente principal de ingresos económicos del núcleo familiar. La presencia de los hombres, salvo la situación relatada en el párrafo anterior, queda restringida a una masculinidad tradicional, constituyéndose en proveedor, sin participar explícitamente en las tareas domésticas y de cuidado de los niños. En algunos casos

queda explícita la situación con ejemplos, mientras que en otros relatos se naturaliza que los cuidados y tareas de la casa son cuestiones de las mujeres.

*M4: (...) y yo también soy sola para todo, para ir al almacén, para hacer las cosas, para cocinar, bañarlo, cambiarlo, cuando mi marido esta, me ayuda en todo eso. Pero en general no está y cuando viene ya viene cansado.*

Por otra parte, se observa en ciertos pasajes de esas cuatro situaciones de pareja la presencia del sostén emocional, del apoyo mutuo, y de la necesidad de compartir espacios más allá de las tareas cotidianas, generando un espacio de privacidad de la pareja.

*M4: Me levanto a tomar mate con mi marido antes de que se vaya a trabajar.*

*M11: (...) Y después que la dejo a ella en el CAIF paso por el trabajo de mi marido y me tomo unos mates ahí con él.*

Estas referencias dan cuenta de la figura cultural de los vínculos y específicamente del carácter local de la construcción de sentidos de esta investigación. La figura del mate como símbolo cultural, da cuenta de aspectos inherentes al territorio uruguayo, en donde representa una instancia de enlace afectivo, en la posibilidad de intercambiar "un mate" en un espacio configurado como de contención y acompañamiento, así descrito por estas mujeres.

Por otra parte, la presencia del hombre como figura de apoyo en la crianza de los hijos a pesar de la disolución de la pareja queda expresada en solo una de las entrevistas, en donde una adolescente madre expresa:

*I: Al momento de estar embarazada, con qué apoyos contabas?*

*M3: Bien, normal, lo lleve bien. Quede embarazada y el papá de él lo ve, pero nosotros estamos separados.*

En esa situación particularmente se mantiene el vínculo padre-hijo, y a su vez con la familia paterna, concretamente con los abuelos. La adolescente expresa una adecuada relación con el progenitor de su hijo, así como la conformación de una nueva pareja con la que convive desde hace algunos meses, conformando un hogar extenso, donde

también vive la madre y padrastro de ésta. Sin embargo, en referencia a su pareja actual no expresa elementos significativos en relación al cuidado de su hijo, manifestando en varios pasajes de la entrevista que los cuidados del pequeño están exclusivamente a su cargo, con ayuda de su madre como figura destacada.

En otra de las entrevistas, una de las mujeres expresa su situación actual en relación al padre de sus hijos, luego de haber configurado una pareja de varios años, y que se separan durante el embarazo de su hija más pequeña.

*I: Durante el embarazo con quienes contabas?*

*M9: Conmigo...*

*I: Y el papá de G.?*

*M9: Y el papá de G. no estaba, ya estábamos separados. Porque yo me separe con 2 meses de embarazo. El es el papá de los 3 nenes. Igual cuando nació la reconoció.*

*I: Ellos tienen contacto con él?*

*M9: muy poco... ahora que van a la escuela los gurises lo ven, porque en las vacaciones ni apareció.*

Relata un cambio en la configuración familiar, expresando la ausencia de la figura paterna desde el momento de la separación. Situación que se extiende al apoyo económico, a los cuidados de los niños y su sostén emocional.

Otras situaciones plantean un desvinculo con el progenitor masculino, y en algunos casos suplido por la figura de una nueva pareja que ejercería según ellas la función paterna.

*M5: Yo para mí en el mundo somos yo y mis hijos. yo y mis hijos primero, después mi marido, en este caso estoy con él, sino siempre vamos a ser yo y mis hijos solos contra el mundo. Y va a ser así siempre para toda la vida.*

*I: (...) él es el papa de ambos nenes?*

*M5: No, me crío a aquel, creo que tenía 2 o 3 meses tenía M. cuando yo me separe del padre, es decir estaba separada del padre de él desde el embarazo, pero el padre después igual lo venía a ver y todo, pero ta después me junte con X ( nombra a su pareja actual) y le dije al padre de M. de que no mas, no porque el tenía su esposa, se iba a casar y todo, y yo estaba en una situación bien rara, y ahí me junte como te decía con X.*

En esta situación, a su vez, se relata una situación de fragilidad actual en relación a la presencia de la pareja en la vida de esta mujer, quien presenta a su pareja y progenitor de su hijo más pequeño, pero sin la posibilidad de apoyo real. Este hombre privado de



libertad desde hace 13 meses no configuraría un sostén adecuado desde lo real para esta mujer más allá de su relato. Durante la entrevista se observa un desborde especialmente acentuado con sus 2 hijos más grandes, con dificultades vinculares. Es una situación con apoyo de instituciones, como organizaciones sociales y refugio de MIDES.

En otra de las situaciones que relatan las mujeres entrevistadas, se encuentra el caso de una madre de 18 años, que cursa su primer embarazo y que frente a distintas problemáticas que ella destaca, padece un cuadro depresivo reactivo al embarazo. La ruptura con su pareja, y que según relata, se acompañaba por situaciones de maltrato y violencia de género, conllevaron a la separación. A pesar de esa situación, expresa lo difícil que resultó para ella cursar el embarazo sin el progenitor.

*M6: Me ayudaron porque yo entre en una depresión durante el embarazo porque fue, el hecho de saber que ta, yo pensaba que el padre de la bebe me iba a decir: "ta no estoy" pero después con el crecimiento de la panza y eso, se iba a sensibilizar un poco, pero no, ni ahí. Y ese dolor de no tener la compañía, y ta, llevar el embarazo eran muchos cambios (...)*

A su vez, al momento de la entrevista, esta mujer agrega que no existe vínculo del progenitor de su hija con la bebe, que en ese momento tenía 3 meses de nacida. El apoyo estaba centrado en el núcleo familiar materno.

En otra de las entrevistas, se relata explícitamente un acuerdo con un hombre con quien la mujer entrevistada había establecido una relación momentánea, ya que esa persona era del extranjero y estaba en Uruguay trabajando por un periodo breve. Ella relata su deseo de ser madre, y que pide a este hombre la "ayude a ser madre".

*M8: Si. El no va a venir, no creo que venga, yo sinceramente no creo que venga y además fue un poco el arreglo que tuvimos. Porque yo lo único que le pedí a él fue que me ayudara a ser mamá, y ta, porque el tenía a su familia allá, y tenía que volver para allá, porque acá había venido por trabajo, y ta. El sabía que yo me quedaba acá con mi familia, y que yo quería ser mamá y bueno, el me ayudó en eso.*

Este relato habla del deseo de ser madre, y del acuerdo entre estas dos personas. Sin ánimo de ahondar en el análisis que implicaría una situación de alta complejidad como

esta, nos detenemos en el rol del hombre como procreador. En este caso de mutuo acuerdo. A pesar de la claridad del discurso de esta mujer en relación al deseo de su maternidad, en otro momento de la entrevista agrega en su relato el deseo de la crianza de su hijo en una situación de pareja tradicional.

*M8: No porque él se fue antes de que ella naciera, varios meses antes, y él pensaba que capaz volvía pero al final no volvió. y desde que él se fue hasta ahora no he tenido más noticias, eso ya hace como 4 meses y pico, digamos que desde ese tiempo no he tenido contacto con él. (...) yo que sé, en realidad me hubiera gustado criarla con el padre, pero bueno, como te digo, ya a esta altura de la edad y eso, no quería demorarme más. Y ta".*

#### **4.4 Conocimiento y participación en servicios públicos: Salud, Educación y Cuidado**

En las diferentes entrevistas realizadas, se hizo referencia al lugar de las políticas públicas dirigidas a la primera infancia en el Uruguay. Específicamente se preguntó sobre el Programa de Estimulación Oportuna en el marco del Plan CAIF y el "Set de Bienvenida" del Programa Uruguay Crece Contigo (UCC).

##### **4.4.1 Plan CAIF y Programa Estimulación Oportuna**

En relación al Programa de Plan CAIF denominado "Estimulación oportuna", las madres expresaron diversas perspectivas. En algunos casos, conocían de la existencia del Programa de estimulación y podían dar cuenta de los objetivos generales y funcionamiento del mismo.

*M4: Mirá se que primero va el bebe con la madre, una vez por semana una hora, juegan con el niño, interactúan, te enseñan lo que no sabes, porque yo tengo muchos sobrinos chicos, y van al CAIF. Es por eso. Y después ta, el periodo de adaptación, de a poquito de a poquito, a ver cómo responde el niño. Pero ta, ya te digo, allá hay pero a partir de los 2 años.*

Algunas de las madres que daban cuenta del conocimiento del Programa eran a su vez participantes del mismo junto a su hijo. Las valoraciones que hacen de dicho espacio es

positivo, destacando el apoyo al sostén de ciertas prácticas de crianza y de estimulación del desarrollo temprano.

*I: Han participado de algún programa, por ejemplo, estimulación oportuna?*

*M2: En CAIF?*

*I: Si, en CAIF*

*M2: Si, desde que T. nació...*

*I: A dónde fueron?*

*M2: A experiencias oportunas, una vez por semana y tiene que ir con los padres.*

*I: Y como fue haber ido a experiencias oportunas?*

*M2: Esta bueno, ahora ya terminó, ahora ya empieza el de 2. Si pero estos dos años fue.*

*I: Vos me contaste que J. va al CAIF, conoces en qué consiste el Programa de Estimulación Oportuna?*

*M11: Si, juegan ahí y eso, algo de eso.*

*I: Ella va al CAIF desde hace cuanto tiempo?*

*M11: Empezó hace un tiempo, porque antes iba a los talleres.*

*I: Mira que interesante, que talleres son esos?*

*M11: unos talleres que yo iba con ella.*

*I: y te aportaban algo esos talleres que ibas con ella, con los cuidados de ella?*

*M11: si me sirvieron.*

*I: te acordas de algo en especial que te haya servido?*

*M11: como se ponía para caminar, los tiempos, las comidas (...)*

Las madres hablaron de los aportes que les brindó la participación en el programa de estimulación oportuna, indicando al Centro CAIF, como lugar de referencia positivo en lo que refiere a prácticas de crianza. Entre los relatos destacaron elementos para la estimulación del desarrollo temprano, brindando espacios interesantes para sus hijos.

*I: Consideras que te ha aportado en algo como mama, asistir a los talleres del CAIF?*

*M3: Si, porque dan cosas que no sabía, y me ha servido con él. Esta bueno, a mí me ha servido en pila de cosas, siempre voy y hablo ahí con las educadoras, también nos dieron un cd, que antes usaba mucho con él, le pongo música y baila, y esa es como la música de él. Eso.*

*I: sentís que te aportó en algo el haber participado en los talleres del CAIF?*

*M2: si, porque había muchos temas que se hablaban también sobre la crianza de los hijos. (...) la música para el bañito, para ir a dormir, todo eso. Poner música, sonidos, te regalaban el CD y eso. Y eso lo hacía cuando era chiquito, ahora ya no lo hago. Ni para bañarlo ni nada de eso.*

En otros casos existía desconocimiento del programa, observándose diversas situaciones. En algunos casos, recordaron que fue un programa sugerido por la pediatra en los momentos de consulta, como espacio de relevancia para el desarrollo del bebe.

*M1: (...) la pediatra me preguntó si la había ido a llevar al... a estimulación temprana, pero viste que ahora los CAIF están cerrados, empiezan en febrero. Me gustaría ver de ponerla si, averigüé en el CAIF ( nombra CAIF) y ahí me dijeron que no atienden a bebés, que es a partir del año, me dijeron que averiguara en el CAIF ( nombra CAIF) así que voy a ir a preguntar ahí.*

En otras situaciones, conocían la generalidad del Plan CAIF, ya sea a partir de la experiencia de otros familiares que concurrían o de ellas concurriendo con hermanos menores o sobrinos.

*I: Conoces el programa de estimulación oportuna?*

*M1: No... no lo conozco no... si se que por ejemplo mi sobrina que vive en G.(ciudad en otro departamento del país), ella si lo llevaba y como que estaba muy bueno, pero no se...*

En este sentido, los relatos vertidos en las entrevistas, valoraban el espacio como relevante e interesante, solicitando a la entrevistadora la explicación y asesoramiento con más profundidad en relación a la concurrencia al Programa de Estimulación Oportuna.

*I: Y el Programa de Estimulación Oportuna?*

*M6: No sé qué es eso*

*I: (se explica brevemente el Programa de Estimulación Oportuna y los Centros CAIF, se brinda información y orientación. La madre se muestra muy interesada la información). A vos te interesaría concurrir a Estimulación junto a A.?*

*M6: Si, todo lo que le haga bien a ella me parece bien.*

Por otra parte, aparecen en varias entrevistas, relatos que alertan sobre la necesidad de atender a la organización laboral dentro del núcleo familiar. En este sentido, las mujeres destacan preocupación frente al acceso al mundo del trabajo conjuntamente con la maternidad. Proponen la necesidad de un espacio de cuidado, como es el caso de la inserción de los niños en una política pública como los Centros CAIF. Lo identifican

como espacio fundamental en donde poder delegar parcialmente el cuidado de sus hijos para poder armar un proyecto de reinserción laboral, educativo, social.

*M2: También, tener un tiempo para mí. Quizás pueda volver a estudiar con un poco más de cabeza porque con él no he podido. El año pasado fui al liceo pero no tenes tiempo nunca. Y la cabeza tampoco te da.*

Una de las mujeres entrevistadas plantea claramente la necesidad de un apoyo institucional para los cuidados de calidad de su hijo. Ella especifica que necesita un espacio diario, una solución más adecuada a su realidad y su familia.

*M4: No ese no. Donde vive mi madre si hay, van mis sobrinos, que hay sala de bebe, pero me queda a tras mano, me queda lejos. Es muy complicado conseguir lugar en un CAIF. (...) por ahora no hay posibilidad de llevarlo porque me queda a tras mano, igual estamos viendo con el padre si lo podemos llevar. Igual a mí, uno necesita soluciones prácticas, yo no necesito que el vaya 15 minutos, quiero que juegue con otros niños, y todo eso, que le enseñen cosas y que interactué. Y que sea un niño sociable. Porque después el día de mañana si tengo que trabajar y todo eso para mí lo que me sirve es un lugar donde el haga una adaptación y después si. Que yo pueda dejarlo y pueda trabajar. No un lugar para mí una hora, así de paseo no.*

Este planteo expresa una necesidad social, del Uruguay actual, en donde el Estado viene impulsando acciones concretas para dar respuesta a ellas, en el marco del Sistema Nacional de Cuidados. Dicha política constituirá un gran aporte en lo que refiere a la organización de los núcleos familiares en el Uruguay de hoy.

*M8: Si, algo conozco. CAIF es una guardería y eso?*

*I: Algo así digamos. (Se asesora sobre plan CAIF)*

*M8: Si, capaz que cuando pueda la voy a tener que poner ahí, cuando yo empiece a trabajar de nuevo y eso voy a necesitar que ella vaya a algún lugar así. Porque mi hermana mas chica estudia y va al liceo y ta, no tengo quien la cuide, porque el resto de mis hermanas también trabajan. No se vamos a ver.*

#### 4.4.2 Programa Uruguay Crece Contigo y el "Set de Bienvenida"

Por otra parte, se indaga sobre el conocimiento del Programa "Uruguay Crece Contigo"(UCC) como Política Pública desarrollada en el Uruguay desde el año 2013. En algunos casos existía cierto conocimiento básico del programa, a partir de experiencia de otros familiares, o de amigos.

*I: El programa Uruguay Crece Contigo, lo has escuchado nombrar capaz?*

*M3: Ahh sí creo que sí, pero no sé bien que es, allá en x (nombre ciudad donde vivía antes) había visto algo, me había dicho una amiga que vive allá, pero la verdad no se mucho más.*

*I: Conoces el Programa Uruguay Crece Contigo?*

*M10: Si, porque ellos estuvieron conmigo, donde yo vivía antes, ellos iban a casa, a controlarlos a ellos, iban con la pediatra y eso, y ya me iban a visitar a mí,*

*I: Y te servía el programa?*

*M10: Si*

*I: Qué consideras que te aportaron?*

*M10: O sea, estuve poco tiempo tratando con ellos porque después me mude de barrio y nunca más tuve contacto.*

*I: y ahora tenes pensado tener de nuevo contacto con Uruguay Crece Contigo?*

*M10: Si pero no sé donde trabajan ellos.*

Cuando se preguntaba a las mujeres sobre este Programa en específico, planteaban no saber en qué consistía, pero si lograban identificar uno de los aspectos del mismo, el Set de Bienvenida con materiales para estimulación temprana que se entrega en las salas de maternidad de los hospitales públicos y privados del país. El objetivo del Set es acercar el material a madres, padres y a otros cuidadores principales información necesaria para promover para el desarrollo integral de los niños.

*M4: Si, lo he escuchado nombrar y me regalaron un bolsito cuando lo tuve, pero no sé como es el Programa. Es como te digo, donde yo vivo hay solo ese CAIF y las demás cosas que hay las tengo lejos.*

*M1: Ahh, si... nos regalaron el bolso de Uruguay Crece contigo, cuando nació. (...) en realidad no sé, solo de lo que he leído en el bolso de los libritos que trae, después no...*

En relación al contenido del Set de estimulación, las madres diferenciaron algunos aspectos en relación al uso y el sentido de utilidad del mismo. Los materiales que

incluye el Set, se dividen en: libros de apoyo a la crianza para la familia (Materiales elaborados por UNICEF: *Bienvenido Bebe*, *Guía Mucho Poquito o nada*, *Olores de mi cocina*, entre otros) libro de cuento, sonajero, CD de música para bebés, folleto informativo acerca del Programa UCC.

*I: En el Hospital cuando nació A., te dieron el set?*

*M6: Si me dieron el bolsito.*

*I: te acuerdas lo que tenía dentro?*

*M6: Una cantidad de libros. Los leí, leí el de cero a tres meses, leí el de las comidas, un cuentito que traje, el juguetito y ta, unos folletos que traía.*

En relación al uso de los materiales que componen el Set de Bienvenida de UCC distinguen algunos que son de mayor relevancia, ya que les ha servido en cuestiones cotidianas de los cuidados y las prácticas de crianza de los niños. Uno de los materiales que destacan de uso relevante, es el libro "*Bienvenido Bebé*". En varias entrevistas es señalado como un material útil, accesible y de fácil comprensión.

*M6: Si, el libro de 0 a 3 meses me ayudó, un montón.*

*I: en que cosas te viene ayudando?*

*M6: y en todo... porque me decía a como bañarla, la cantidad de agua, pequeñas cosas que decís: "que obvio" pero que a mí me ayudó mucho.*

*M5: ese, "Bienvenido bebe" ese fue el único que leí. Ese y el libro de cuentos. Los otros todavía no.*

*I: Sentís que te aportó en algo?*

*M5: Si, los masajes de la panza la otra vez. Me acuerdo que decía: "dolores no se qué" y decía ahí como había que hacerle el masaje.*

*M4: Y si, porque ahí te marcaban, a según, los meses que tienen lo que van haciendo. Yo por ejemplo a él le veía que iba adelantado: decía que con el primer mes se reían pero que la sonrisa era así como un reflejo, pero ta, el se sonríe, te das cuenta, cuando está contento se ríe a carcajadas, por ejemplo dice que con 2 meses a 4, ya logran sostener la cabeza, y él con 2 meses y algo ya tenía la cabecita dura, ya la sostenía,*

*I: así que notaste cosas del desarrollo de G.*

*M4: Claro, y el por ejemplo el libro dice que se empiezan a sentar entre los 5 y 6 meses, y el por ejemplo esta en el coche pero el ya se quiere sentar, está en el coche y es como que quiere sentarse. Y el porqué todavía no pude, es de a poquito. Pero hace mucha fuerza y quiere. Y ahí me hizo ver: yo tengo un hijo que está bien despabilado, que creo esta adelantado a algunas cosas.*

Por otro lado, esta lo que ellas dicen acerca la **utilidad del Set de Bienvenida**, y lo que están planteando es en general, que les resulta de utilidad en momentos determinados del desarrollo del niño, como por ejemplo las pautas del desarrollo, las prácticas de crianza, desde los cuidados referentes a aspectos físicos hasta aspectos referentes a la estimulación. Implica la inclusión de materiales adecuados para la estimulación del bebe y de la intencionalidad de generar un ambiente interesante y adecuado para el desarrollo del bebe.

*I: Y te aportó en algo el set?*

*M1: Si a ella la música del disco le encanta, después nos habían dado un muñeco, que no me acuerdo ni donde esta...*

*I: Un sonajero seguramente...*

*M1: Si, eso, un sonajero... y después los libros, ahora el libro de "los primeros olores de la cocina" ahora lo vamos a empezar a usar, mi marido lo está leyendo, porque es el que le va a dar de comer, y ahí sí, vimos las recetas, y esas cosas...*

*I: el Set te ha aportado cosas?*

*M1: si, el chiche juega lo tiene en el corral colgado y le encanta, el Cd no lo podemos escuchar, los libritos también se los leo y le encantan, tienen muchos colores, le encanta.*

*I: Algún material te llamo más la atención o te sirvió?*

*M7: Si, si hay un libro de cómo criarlos... uno que es todo rojo, que te dice cosas de como criarlos, ese me llamó la atención. Estuve leyendo más bien por él, en cómo sacarle los pañales, como hacerlo...*

*M9: (...) había un libro que me sirvió, que tenía cuentitos, y uno de amamantamiento que me sirvió, ahh y también había un CD con música que yo se lo pongo a ella.*

*E: Y a ella le ha gustado esa música?*

*M9: Si, si siempre le pongo, le gusta.*

*I: (...) Y el sonajero, y los cuentos los has usado?*

*M4: si los cuentos si porque a él le gusta que le hables y le hagas caras, y le gusta, todo le llama mucho la atención, a mi estos materiales me sirvieron mucho, y también a veces leo las comidas que le podemos hacer cuando el empiece a comer y eso. (...) y ta te dice si tu hijo llora mucho como tenes que hacer y todo, también por ejemplo él cuando era más chiquito lloraba por el asunto del complemento porque le dolía, se le secaba el vientre y le dolía. Decía que si tu hijo lloraba mucho no tenes que comparar a tu bebe con otros bebes, porque todos los bebes son diferentes, y el lloraba mucho y ta eso fue pasando (...) y el libro dice que darle aúpa no es de mal criarlo. Que ellos necesitan que uno los agarre, los mime y eso, amor...*



A nivel de las **madres primigestas**, visualizan estos materiales como un aporte importante que complementa al apoyo familiar, especialmente en la transmisión de la pautas de crianza a nivel intergeneracional. Estos materiales les aportan información, ideas, un primer acercamiento, accesible y comprensible. Esto resulta ser otro aspecto innovador.

*I: Y ese bolsito que te entregaron, te acuerdas lo que tenía? [ la madre tiene el bolso de UCC en ese momento junto a ella]*

*M4: Sí, traía un montón de libros, unos libros de cuentos y otros libros de como de las comidas que hay que darles, hay un libro de nacimiento hasta los 5 años, yo siempre los leo, más o menos **me guió** por eso.*

*I: Ha sido interesante ese material en la vida de ustedes?*

*M4: Sí, porque **como yo no tenía experiencia de tener más hijos, si ha sido. Me ha dado idea.***

*I: consideras que eso pueda aportar a esto de ser mamá o a una nueva experiencia de ser mamá?*

*M5: sí porque tiene todo bien detallado. Yo ya fui madre con M. igual ahí en X (nombra sanatorio privado) donde tuve a M. me habían dado el coso, el libro ese. Y yo lo había leído, y cuando sos mamá primeriza se aporta en abundante, te dice detalladamente como bañarlo, la parte del padre, sí, yo para mí aporta un montón, un libro precioso.*

Otro grupo de mujeres plantean que para **poder receptionar estos materiales e información**, se requiere más allá del acceso a la información, tener plantean que hay que tener "la mentalidad abierta" para poder incorporarla. Este aspecto permitiría reflexionar acerca de si la modalidad en que se brinda el material resulta efectiva. Si es suficiente con entregarlo en las maternidades como política universal o si es necesario incorporar otras formas de acercamiento a los destinatarios del SET y así habilitar a pensar otras dimensiones para los objetivos que se propone alcanzar con la entrega del Set y tomando en cuenta los impactos que puedan generar u otro tipo de resultados.

*M1: Y si... a las mamás que tienen...eh... esta bueno para las que no tienen... ni muy informadas ni nada de eso, hay de todo no... si... esta bueno, siempre está bueno leer y saber cosas sí. Esta bueno sí.*

*M8: Si me ha servido, me dio una idea general, igual lo tengo que volver a leer y eso, porque yo leo y después me olvido.*

*I: Te parece que ese tipo de material puede aportar en algo a las mamás?*

*M8: Si en alguna cosa sí, lo que pasa que no es lo mismo leer, que después estar ahí con el bebe, es más difícil cuidarlo, pero ta. Por ejemplo lo del pezón, yo leí, y ella cuando nació enseguidita me lo formó, pero en 2 días*

*que no le di, ya se me complicó después, se me fue el pezón y como me cuesta ahora... es más difícil digamos...*

*M9: Yo creo que tenes que tener la mentalidad como para leer, para mirarlo, para escucharlo, a mi me parece que si... (...)*

## Capítulo 5: Consideraciones finales

### 5.1 Conclusiones

Uno de los aspectos a destacar en esta investigación, se refiere a la **construcción de sentidos expresados sobre maternidad**. Desde este estudio se sigue la conceptualización de la maternidad como construcción con anclaje histórico, social y cultural. Es un proceso complejo donde confluyen aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales, de carácter subjetivo y singular (Cigarroa, 2011). En este sentido, se rescatan algunos de los relatos que estas mujeres madres dejan entrever sobre la caracterización de la maternidad como proceso de construcción, que se adquiere a partir del *hacer*. Esto se sustenta a partir de los sentidos otorgados, dado que las mujeres madres identifican a la maternidad como algo a descubrir, que se vive con incertidumbre desde el momento del engendramiento. También otorgan sentidos en relación a los cambios del cuerpo durante el curso del embarazo, al momento del parto como acontecimiento cargado de incertidumbre y de sentidos en torno al placer y al dolor.

En el caso de las mujeres madres que estaban **inaugurando su condición de madre con su primer hijo**, referían a aspectos que hacen a la construcción identitaria que este nuevo rol pone en escena, nuevas funciones que encarnan ideales y valores. En este proceso de construcción de rol cobra especial relevancia la presencia o ausencia de redes sociales de contención.

En otros casos, el **nacimiento de un nuevo hijo**, ocasiona la re significación de la maternidad para la mujer. En este sentido, se revaloriza la experiencia previa de maternaje, analizando el camino transitado durante esa etapa, adaptando ese quantum de experiencia al momento presente. Es decir, se construye el sentido que tiene el **aprendizaje** de la condición de mujer madre como aspecto **aprehendido desde la experiencia**. Las mujeres madres entrevistadas con dos hijos o más, reconocían el carácter singular de la presencia de un nuevo hijo, pero agregaban la incidencia de la experiencia para reconocer las necesidades de éste y satisfacerlas a su entender adecuadamente.

Por otra parte, las construcciones de sentido de estas mujeres madres en torno a la **calidad de cuidado** en estos primeros años dan cuenta de aspectos que hacen referencia a la **disponibilidad, las rutinas de cuidado y los tiempos dedicados a la crianza de los niños menores a dos años edad.**

Desde la teoría del apego se conceptualizan aspectos relacionados a los cuidados sensibles por parte de la madre o adulto a cargo de los cuidados de los niños. Respecto a la construcción de sentidos realizados por las mujeres madres participantes de este estudio, manifiestan que los cuidados están enlazados directamente a la **disponibilidad de ellas para brindar afecto y contacto físico a sus hijos.** Las acciones que relatan como forma de disponibilidad para con sus hijos son: **aupar, mimar, hablar al bebe, cantar, dar de lactar,** entre otras expresiones. En este sentido, la mayoría de las mujeres madres entrevistadas manifiesta que las expresiones afectuosas representan un aspecto de suma relevancia para establecer una relación adecuada con sus hijos. A su vez, en esos comportamientos maternos se incluye la capacidad de la mujer de poder **calmar o apaciguar a un bebe en brazos** como aspecto central en el establecimiento de un vínculo temprano seguro (Carbonell et al., 2006).

Se distingue la **disponibilidad física** de la madre, identificada como parte de la interpretación de las señales dadas por sus bebes. Ello se expresa en las rutinas cotidianas incluyendo aquellas prácticas en relación a la higiene, alimentación y sueño. Destacan la importancia de ofrecer a sus bebes una organización del tiempo, que a ellas les permita realizar otras tareas (en general relacionadas con aspectos domésticos) sin perder la calidad de una interacción fluida y estimulante.

La **disponibilidad psicológica de la madre** constituye un aspecto prioritario para establecer un cuidado sensible hacia el bebe; tener "conciencia de las señales del bebe al reconocerlo y responderle de manera activa, lo que implica que éste la perciba asequible a sus necesidades y comunicaciones" (Carbonell et al. 2006, pp. 122-123). Es importante inferir que la presencia física constante no significa que exista disponibilidad psicológica hacia la satisfacción de las necesidades fisiológicas o emocionales del bebe (Carbonell et al.,2006). La construcción de sentidos de las mujeres madres, se orientaba a variadas manifestaciones en este aspecto. Algunas mujeres expresaban

esta disponibilidad como parte inherente de los cuidados. Sin embargo, esta disponibilidad se veía comprometida en algunas de las situaciones ya referidas, manifestándose en dificultades en el reconocimiento de ciertas necesidades en los niños, dificultades proximales madre-bebe, vividas de forma persecutoria.

Es importante especificar por tanto, que la disponibilidad psicológica, asimismo se halla íntimamente ligada a la capacidad de reconocimiento del bebe como sujeto, con una identidad en construcción, que requiere necesariamente de un acompañamiento físico y emocional para su adaptación activa al nuevo medio.

En relación a la **presencia de la figura materna en la vida cotidiana** de los niños, las mujeres madres expresan que su presencia y función es fundamental en la crianza de sus hijos. Consideran que su dedicación y apoyo resulta substancial para el desarrollo de los niños, en su mayoría especificando su disponibilidad física y psicológica constante hacia el cumplimiento de las necesidades de éstos. En este sentido, se observa la construcción de significado en torno al sentido de responsabilidad de la función de la maternidad, función difícilmente delegable a otros adultos. Esto tiene consonancia con la idea de la preocupación materna primaria (Winnicott, 1991) y con la relación de dependencia absoluta del bebe hacia su madre y entorno próximo, constituido como ambiente facilitador (Winnicott, 1993).

En relación a distintos escenarios que supone la maternidad, las mujeres madres con dos o más hijos, expresan la complejidad que supone la afectividad y que requiere de organización espacial y temporal, que contenga no solo al bebe o niño más pequeño, sino al resto de los hijos. En estos casos, la relación de proximidad y demostración de afecto adquiere otra complejidad y puede traer aparejados según ellas, diversas situaciones de conflictos cotidianos (celos, berrinches injustificados, comportamientos regresivos, entre otros).

Con respecto a **los estilos y pautas de crianza**, en varios de los relatos las mujeres madres manifiestan recibir consejos sobre cómo realizarlos. Entre los consejos que reciben, destacan argumentos tradicionales de estilos de crianza, como por ejemplo concepciones respecto a que se debe evitar la proximidad física como forma de "educar bien a los niños", "a no ser mal criados". Estas concepciones reflejan la

**transmisión cultural de los valores y mitos** en relación a la crianza, específicamente en lo que refiere a la regulación emocional y disponibilidad física hacia los niños. Según los sentidos expresados en las entrevistas de este estudio, la proximidad física y la disponibilidad afectiva serían visualizadas como símbolo de debilidad para la crianza. A su vez, algunas mujeres madres expresaron que incorporan el diálogo y la palabra como forma de limitar los comportamientos de sus hijos, como por ejemplo mediante el uso de advertencias verbales. De esta forma significan que buscan formas de señalar a sus hijos que hay límites y comportamientos esperados y resulta para ellas una forma de educarlos en ese aspecto.

*En relación a las **prácticas y rutinas de cuidados***, las mujeres madres las vincularon a aspectos y comportamientos inherentes de carácter cotidiano hacia sus hijos. Las rutinas identificadas consisten en: **alimentación, higiene y sueño**. La construcción de sentidos que realizan estas mujeres que cuidan entorno a los aspectos de la vida cotidiana, hace referencia a la idea de Preocupación maternal primaria (Winnicott, 1991) donde priman elementos que refieren a la protección, cuidado y satisfacción de las necesidades del bebe; la madre (o cuidador equivalente) decodifican y ofrecen a modo de garantizar el pleno desarrollo del mismo.

El desarrollo cotidiano de estos cuidados hacia los niños, en especial durante la temprana infancia, es clave para garantizar aspectos esenciales del desarrollo físico-inmunológico, intelectual, socio-afectivo tiempos fundamentales clave en los que se asientan los cimientos de la vida (Bedregal, Pardo, 2004).

Respecto a **la alimentación**, se observa que constituye uno de los aspectos referidos insistentemente por ellas, al solicitar la descripción de la rutina diaria junto a su hijo o sus hijos. En sus relatos, se reflejan valores e ideales sobre alimentación adecuada, lactancia a pecho directo, introducción de lactancia mediante complementos indicados por el pediatra, otros factores en la alimentación. También algunas madres significan la importancia de brindar una alimentación a demanda del niño, especialmente orientado a la demanda del pecho por parte del bebe. Expresan sentidos en relación a la calidad de la alimentación, donde la mayoría de las mujeres refiere identificar claramente la señal de alarma de su bebe frente al hambre, generando a consecuencia una respuesta materna acorde para su satisfacción. Se relatan acciones que apuntan al control de la

situación, brindando el alimento (pecho directo, complemento, incorporación de otros alimentos) con énfasis en la mirada del control pediátrico, donde se establecen los parámetros esperables para el desarrollo del niño.

Los sentidos otorgados por varias mujeres madres en relación a la lactancia, refieren la situación de sufrimiento y presión vivido por las mujeres. En este sentido, se puede distinguir el nivel de naturalización de la lactancia materna directa, donde parecería que es "asunto natural de la mujer", aspecto que se vincula con la idea de la maternidad como condición equivalente a lo femenino. De igual modo, la lactancia "natural" o a "pecho directo", supone para muchas mujeres un escenario nuevo en su condición de *ser madre*, que en algunos casos trae aparejado momentos de estrés y sufrimiento en varios niveles, que van desde el cambio corporal hasta la identificación de las necesidades de alimentación de sus hijos.

La Ordenanza de Lactancia (Nro. 217/09) del MSP especifica aspectos relativos a la orientación, atención y cuidados hacia la mujer embarazada y en situación de maternaje. Se desarrollan indicaciones específicas para el Primer Nivel de Atención en Salud que funcionan de orientación para técnicos como nutricionistas, obstetras parteras, médicos de familia, enfermeros, psicólogos entre otros profesionales de la salud. A su vez, se visualiza el lugar de la policlínica de lactancia como referente sobre este tema en el centro de salud siendo un ámbito donde recurrir en caso de situaciones de orientación y ayuda especializada.

Por otra parte, distintos expertos a nivel nacional (Canetti, 2013) e internacional (Bedregal, Pardo, 2004) sistematizan la importancia de la alimentación y la nutrición específicamente a nivel de la primera infancia, asociando la incidencia de la desnutrición en los sectores de mayor vulnerabilidad económica, situación que genera riesgos y retrasos en el crecimiento.

En relación a las **rutinas de de higiene**, las mujeres especifican el **cambio de pañal** como elemento de cuidado hacia el bebe. Los sentidos construidos en torno a ello, dan cuenta del trabajo de decodificación que realiza la madre al interpretar con pertinencia las señales que emite el bebe. El lenguaje de lo corporal y de las interpretaciones de

los gestos del niño, forman parte de la vida cotidiana de la diada, y es la madre, quien oficia de interprete durante los primeros tiempos de las necesidades de su hijo.

Otra rutina de higiene mencionada por las mujeres madres, es la del **baño**. Las vivencias y significados diferentes que se asignan ante un mismo acto (el bañarse) y que generan distintas representaciones, así como desde lo vincular con el niño, con énfasis en aspectos del orden de lo intersubjetivo habilita a construcciones diferentes.

El momento del baño fue significado por las mujeres madres participantes en dos grandes aspectos. Por un lado, como actividad regulada por aspectos de índole normativo referidos a instituidos que marcan las pautas de organización de la rutina de cuidado. En otros casos, el baño fue significado como un encuentro de placer, de carácter intersubjetivo. Se presenta al niño como sujeto que desea y que disfruta de un espacio que lo singulariza, que le resulta interesante, divertido y disfrutable. Dicho carácter intersubjetivo de esta rutina de higiene, implica la participación de adultos que cuidan y niños, donde se piensa al bebe como coparticipe de una experiencia emocional.

En relación al **momento del sueño**, los sentidos construidos por las mujeres madres refieren a éste como parte inherente de una rutina cotidiana, dando cuenta de características de estabilidad y de pautas marcadas, singulares a cada diada. Expresan el carácter sistemático de dichas prácticas que las convierten en rutinas que permiten organizar la alternancia vigilia-sueño, contribuyendo en la dinámica cotidiana del grupo de convivencia. El momento de "dormir" aparece referido como una instancia que se logra a partir de la presencia de un adulto que cuida, y que sostiene dicha rutina. Las escenas cotidianas relatadas por las mujeres madres configuran la riqueza del intercambio intersubjetivo, donde la diada madre-bebe regulan los intercambios, mediante interacciones con determinados ritmos y sincronías (Guerra, 2009). La rutina del sueño forma parte de la continuidad cotidiana, con la relevancia de discriminar distintos momentos y espacios dentro de la estructura de la familia.

Por otra parte, identificaron **sugerencias sobre la forma en que se deberían realizar los cuidados hacia los niños**. realizados por otros referentes adultos sobre las prácticas o rutinas de cuidado. Las mujeres madres comentaban recibir sugerencias



relativas a las prácticas de cuidado hacia sus hijos de parte de referentes familiares, vecinas, amigas, en general provenientes del género femenino. Se especifica el papel de los referentes a la hora de tomar decisiones con algunos aspectos de la crianza y de los cuidados hacia los niños, especialmente en el caso de aquellas mujeres que por primera vez iniciaban una situación de maternaje. La idea de la consejería aparece como fuente válida para construir aspectos seguros en las acciones de cuidado.

Cabe agregar que se entrecruzan los discursos de los referentes familiares y la transmisión de la experiencia del cuidar a partir de la vida cotidiana, con la información brindada por el sector considerado con "experticia" en el tema, como por ejemplo, el lugar del agente de salud.

El rol de las instituciones de salud y educación, cumplen una función de control, y de orientación en pautas relativas al cuidado y prácticas de crianza, especialmente aquellas centradas en el desarrollo físico. En este sentido el sector vinculado a la salud tiene a su alcance una importante articulación en lo que respecta a la promoción de prácticas de cuidados y del desarrollo en la temprana infancia, a consecuencia de la proximidad al niño y su familia durante los primeros años de vida. En este sentido, la consulta pediátrica aparece referido en la mayoría de los casos como eje central del cuidado del desarrollo en el bebe y niño pequeño. Resulta para muchas mujeres madres, la instancia confiable en relación a la salud de sus hijos; un espacio de orientación y consulta oportuno. El pediatra puede oficiar como puente entre la institución salud, y el binomio madre-bebe. La importancia del establecimiento de un vínculo de confianza y espacio de empatía con los usuarios en un servicio de salud, puede ser pensado como un aspecto de especial relevancia en la adherencia a programas de prevención en salud, diagnóstico y detección precoz.

En relación a la promoción de factores protectores en los cuidados de la primera infancia, el ámbito sanitario aporta un espacio de protección institucional y de vigilancia del desarrollo infantil temprano. En este sentido los controles pediátricos registrados a partir del carné de salud del niño, aportan una mirada integral en los aspectos del desarrollo, realizando controles periódicos en salud. En este sentido el carné pediátrico se constituye en un instrumento que acerca a los cuidadores principales a una mirada integral del desarrollo.

Por otra parte, algunas de las recomendaciones realizadas desde la consulta con pediatra no son tomadas en cuenta por las madres, primando en ese sentido su propia reflexión sobre los aspectos que refieren a las prácticas de cuidado de sus hijos. En algunos casos, supone una adaptación a las situaciones de la vida cotidiana a la que la familia se enfrenta, y que suponen un reajuste de las prácticas de crianza.

En otras situaciones, las recomendaciones del pediatra quedan en la órbita del deber ser, sin que sea tomado por las madres como parte de los cuidados en el desarrollo del niño. En una primera aproximación, se observarían dificultades para incorporar las orientaciones del pediatra.

Por otro lado, surge la inquietud del lugar de la salud de la mujer durante el puerperio, y luego propiamente en el proceso del desarrollo de su maternaje. El centro de la asistencia se centra en el control del bebe y niño en crecimiento, quedando a un lado la atención integral de la salud de la mujer. En ese sentido, cabe la pregunta acerca del lugar del cuidado de la mujer madre y de los apoyos comunitarios e institucionales con que cuenta.

En lo referente a la construcción de sentido que realizan las mujeres madres sobre las **redes de contención**, se especifican aspectos que inciden en el modo en el que se pueden desarrollar los cuidados maternos. Los aspectos mencionados aluden a la necesidad de figuras de sostén. En este aspecto se significan el lugar de adultos que cuidan, ya sea desde el ámbito de la familia como de la pareja. Expresan otros elementos en relación a modelos operativos internos (Bowlby, 1986).

Winnicott (1991) plantea que las bases de la salud mental de un individuo se encuentran determinadas por las circunstancias que acompañan las primeras etapas de la vida, donde la madre -o equivalente- brinda un ambiente facilitador y adecuado para el bebe con una adaptación apropiada a sus necesidades. "(...) cuándo observamos a un bebe, también observamos el medio que lo rodea, y detrás de este, a la madre" (p.55). Es durante esta etapa donde los procesos madurativos del bebe indican su dependencia absoluta no solo de su madre, sino de un ambiente que sea facilitador y contenedor (1993).

Este ambiente facilitador, se centra en la disponibilidad de adultos que brinden contención y protección a la díada madre-bebe. Esta función de cuidados extendida y ejercida por esos adultos próximos resulta indispensable para garantizar un proceso de desarrollo adecuado al infante y de sostén de las conductas de maternaje por parte de la mujer madre. Los sentidos construidos en este estudio apuntan hacia la **importancia de los cuidados brindados por referentes familiares y/o comunitarios**. También se construyen sentidos frente a la ausencia de esos apoyos, manifestándose mayor vulnerabilidad y otros estados afectivos de riesgo como se ha detallado en la instancia de análisis.

Asimismo, esos cuidados están representados en su mayoría por otras mujeres, generalmente pertenecientes al núcleo familiar de la mujer madre. Se manifiesta el **lugar de la mujer en relación a las prácticas de cuidado como protagonista en su sostén y desarrollo**. De acuerdo a los sentidos atribuidos, estas mujeres cuidan a partir de su experiencia previa, transmitiendo modos de cuidar, pautas de crianza, y especialmente la naturalización de la mujer como cuidadora principal. En este sentido, se observa la persistencia histórica en relación a las prácticas de cuidado asociadas social y culturalmente como responsabilidad y tarea de las mujeres, asignado como *rol natural*. Esta **feminización de los cuidados** en la cultura occidental, persistente hasta la actualidad, parte de la naturalización de la maternidad como condición exclusiva e inherente al sentido del ser mujer (Alkolombre ,2012; Darré, 2013).

A su vez, son otras adultas y mujeres, las que se ocupan de la función del cuidado, o de brindar apoyo a las mujeres madres como forma de garantizar la sobrevivencia de los niños. En este sentido retomando la ECH (2014) se observa el marcado protagonismo de las mujeres que son las que sostienen los cuidados en salud no remunerados. De acuerdo a la caracterización de las mujeres entrevistadas, se ha planteado que corresponden a un nivel socioeconómico bajo, y siguiendo las consideraciones de Batthyány, Genta y Perrotta (2012) condice un comportamiento de distribución más tradicional de los cuidados, donde las mujeres desarrollan prácticas de cuidado no remunerados, mientras que los varones ejercen mayormente la función de proveedores. Esto se hace abarcativo a los adultos que cuidan en las familias, existiendo un marcado protagonismo de mujeres que desempeñan tareas auxiliares en los cuidados no

remunerados. De esta manera que explicito el papel central de la mujer en relación a las prácticas de cuidado y como garantía de la sobrevivencia de la herencia como parte de un ideal que pertenece a una construcción histórica determinada.

Otro de los apoyos para las mujeres madres de este estudio, refiere al sentido otorgado a la **presencia de una figura masculina, desde el lugar de pareja y/o en el ejercicio de la paternidad hacia su hijo**. En este sentido, se observan variaciones, encontrándose la presencia del hombre como pareja. Uno de los aspectos a los que estas mujeres que conviven con su pareja, hacen referencia es al acompañamiento de la pareja en situaciones de la vida cotidiana, y a la importancia de la división de los cuidados de los hijos. En algunos casos, la figura del hombre, ejerciendo su paternidad y como pareja de la mujer, incluyen dimensiones de cuidados, que se presentan en su mayoría en una forma tradicional y patriarcal. En una distribución de los cuidados más tradicional, en donde el lugar del hombre es el de proveedor económico para su familia. En la mayoría de las situaciones relatadas por las mujeres madres participantes de este estudio, la presencia de los hombres, restringida a una masculinidad tradicional, en un rol de proveedor, sin participar explícitamente en las tareas domésticas y de cuidado de los niños, hallándose naturalizado que los cuidados y tareas de la casa son cuestiones de las mujeres.

A su vez, algunas de las mujeres madres significan que la presencia de su pareja les brinda **sostén emocional**, refiriéndose al apoyo mutuo, y a la necesidad de compartir espacios más allá de las tareas cotidianas, generando un espacio de privacidad de la pareja. En este sentido, se describen escenas culturales en relación a la proximidad de pareja y de vincularidad que hacen a la trasmisión del afecto desde aspectos cotidianos, como por ejemplo: sentarse a tomar mate.

En las situaciones donde la pareja estaba disuelta, los hombres ejercían su paternidad en forma lábil, casi ausente. En este sentido las mujeres referían en forma naturalizada la desvinculación afectiva de los hombres hacia sus hijos, pudiéndose observar aspectos repetitivos de sus propias historias de vida. Otras situaciones plantean un desvinculo con el progenitor masculino, y en algunos casos suplido por la figura de una nueva pareja que ejercería según ellas la función paterna.

Otra forma de contención referida en las entrevistas, tiene que ver con **apoyos institucionales a nivel estatal**. Las situaciones de mayor vulnerabilidad detectada

durante las entrevistas, incluía un debilitamiento de la red de contención familiar. En esos casos las mujeres madres y sus hijos estaban siendo contenidos por programas estatales de protección. En ese sentido, los refugios para madres con hijos sostenidos por el MIDES configura para ellos un espacio de protección y amparo. Sin embargo, también significaban el debilitamiento e inestabilidad de su red familiar y de la complejidad que supone la convivencia en este tipo de hogares. Como ya se mencionó, en algunos casos se refería a la ayuda de los profesionales del refugio como garantía de los cuidados adecuados hacia los niños, mientras que en uno de los casos se vivía de forma persecutorio/a.

En síntesis, se puede responder la pregunta de investigación formulada en el estudio en la medida que la percepción de estas mujeres en torno a la calidad de cuidado materno, se ve afectada por la presencia de redes de contención. Los sentidos atribuidos a la presencia de apoyo y contención, en un sentido de ambiente facilitador (Winnicott, 1993) fueron constantes en los relatos de las mujeres madres. Es evidente, la necesidad de reformular aspectos en relación a los cuidados como garantía para el desarrollo de los niños y de las *mujeres maternantes*. Se considera de relevancia, atender específicamente los indicadores de riesgo psico-social para implementar acciones inter-institucionales (ASSE, MSP, MIDES) impulsando y fortaleciendo programas como UCC, Plan CAIF, así como la definitiva instalación del SNC, que puedan favorecer esa protección, especialmente cuando la red de contención familiar es débil o inexistente.

En relación a las percepciones de las mujeres madres de ***programas específicos dirigidos a la niños y sus familias y su de la incidencia en los cuidados*** expresaron distintas perspectivas.

Es relevante destacar que la Primer Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y desarrollo infantil (ENDIS) presentada públicamente en el corriente año, refiere que la incidencia de la pobreza alcanzó el 23,9 por ciento de los hogares con niños de 0 a 3 años, representando niveles de desigualdad más elevados que en la población en su conjunto (ENDIS, 2015).-

A partir de la ENDIS (2015) se visualiza que en los sectores de menores ingresos existe mayor dependencia de la cobertura pública así como una distribución de roles y funciones más tradicionales en el hogar. En este sentido, las mujeres mantienen la responsabilidad de los cuidados como actividad no remunerada, con dependencia económica de terceros, y a su vez se detecta que las redes de apoyo familiares para los cuidados también son sostenidas mayoritariamente por mujeres (ejemplo: abuelas).

Las actividades de cuidado se encuentran asociadas a las mujeres, igualando su responsabilidad como condición natural. Esto significa que esta dimensión vincular del cuidado como inherente a la identidad femenina lo enlaza directamente al ejercicio que las mujeres pueden hacer de su ciudadanía social, y es clave para comprender las desigualdades de género persistentes hasta la actualidad (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015). Cuidar es representado clásicamente y cargado de significados sociales – idealización de la función, visualizado como la realización de un bien desinteresado, naturalizado, entre otros-, que supone a su vez una dimensión moral y emocional (Batthyány, Genta y Perrotta, 2015).

En este sentido, los pilares que representan los aspectos del bienestar como salud, educación y seguridad social, se encuentran en vías de complementariedad de un nuevo pilar que incluye la noción de derecho de recibir cuidados en circunstancias de dependencia (CEPAL, 2010, como se citó en Batthyány, Genta y Perrotta, 2013). Este reconocimiento conlleva al desafío de su inclusión en la agenda actual de las políticas públicas.

En las entrevistas se consultó a las mujeres madres sobre el **Plan CAIF, específicamente por el Programa Estimulación Oportuna**. En relación al Programa de Plan CAIF de "Estimulación oportuna", las madres expresaron diversas perspectivas. En algunos casos, conocían de la existencia del Programa de estimulación y podían dar cuenta de los objetivo generales y funcionamiento del mismo.

Algunas de las madres que daban cuenta del conocimiento del Programa eran a su vez participantes del mismo junto a su hijo. Las valoraciones que hacen de dicho espacio son positivas, destacando el apoyo en el sostén de ciertas prácticas de crianza y de estimulación del desarrollo temprano.

Las madres hablaron de los aportes que les brindó la participación en el programa de estimulación oportuna, indicando al Centro CAIF, como lugar de referencia positivo en lo que refiere a prácticas de crianza. Entre los relatos destacaron elementos para la estimulación del desarrollo temprano, brindando espacios interesantes a sus hijos.

En otros casos existía desconocimiento del programa. En algunos casos, recordaron que fue un programa sugerido por la pediatra en los momentos de consulta, como espacio de relevancia para el desarrollo del bebe.

En otras situaciones, conocían la generalidad del Plan CAIF, ya sea a partir de la experiencia de otros familiares que concurrían o de ellas concurriendo con hermanos menores o sobrinos.

En este sentido, los relatos vertidos en las entrevistas, valoraban el espacio como relevante e interesante, solicitando a la entrevistadora la explicación y asesoramiento con más profundidad en relación a la concurrencia al Programa de Estimulación Oportuna.

A su vez, aparecen en varias entrevistas, relatos que alertan sobre la necesidad de atender a la organización laboral dentro del núcleo familiar. En este sentido, las mujeres destacan preocupación frente al acceso al mundo del trabajo en combinación a la maternidad. Proponen la necesidad de un espacio de cuidado, como es el caso de la inserción de los niños en una política pública como los Centros CAIF. Lo identifican como espacio fundamental en donde poder delegar parcialmente el cuidado de sus hijos para poder armar un proyecto de reinserción laboral, educativo, social. Se retoma en este aspecto, la necesidad de atender a un SNC que apunte a los cuidados como derecho universal, y que a partir de la organización social permita especialmente a las mujeres madres su inserción y desarrollo de un proyecto laboral sustentable.

Por otra parte, se indaga sobre el conocimiento del **Programa "Uruguay Crece Contigo"(UCC)**. En algunos casos existía cierto conocimiento básico del programa, a partir de experiencia de otros familiares, o de amigos.

Cuando se preguntaba a las mujeres sobre este Programa en específico, planteaban no saber en qué consistía, pero si lograban identificar uno de los aspectos del mismo, el **Set de Bienvenida** con materiales para estimulación temprana que se entrega en las salas de maternidad de los hospitales públicos y privados del país.

En relación al contenido del Set de estimulación, las madres diferenciaron algunos aspectos en relación al uso y el sentido de utilidad del mismo. Los materiales que incluye el Set, se dividen en: libros de apoyo a la crianza para la familia (Materiales elaborados por UNICEF: *Bienvenido Bebe*, *Guía Mucho Poquito o nada*, *Olores de mi cocina*, entre otros) libro de cuento, sonajero, CD de música para bebés, folleto informativo acerca del Programa UCC.

En relación al uso de los materiales que componen el Set de Bienvenida de UCC distinguen algunos que son de mayor relevancia, ya que les ha servido en cuestiones cotidianas de los cuidados y las prácticas de crianza de los niños. Uno de los materiales que destacan de uso relevante, es el libro "*Bienvenido Bebé*". En varias entrevistas es señalado como un material útil, accesible y de fácil comprensión.

Respecto a la **utilidad del Set de Bienvenida**, en líneas generales plantean que les aporta en momentos determinados del desarrollo del niño, concretamente en lo que respecta a las pautas del desarrollo, a las prácticas de crianza, aspectos que abarcan los cuidados, como cambiar el pañal, el amamantamiento, u otras cuestiones físicas. También en aspectos referidos a la estimulación, como la inclusión de materiales interesantes, generando un ambiente interesante para el bebé.

Después está el nivel de las **madres primigestas**, que plantean la importancia del aporte de estos materiales que complementa al apoyo familiar, especialmente en la transmisión de las pautas de crianza a nivel intergeneracional. Estos materiales les aportan información, ideas, \_como un primer acercamiento, al constituir un material a mano y útil, accesible, comprensible, considero que es otro aspecto innovador.

Por otra parte, se encuentran las mujeres que plantean que para **poder recibir estos materiales e información**, no solo basta con recibir la información (no sólo alcanza con el acceso a la información) plantean que hay que tener "la mentalidad abierta" para poder incorporar eso que se está ofreciendo. Estos señalamientos



permitirían pensar de qué modo se está brindando este material. Si es suficiente con entregarlo en las maternidades de esta manera como política universal o si es necesario pensar otras dimensiones para que los objetivos de impacto que se propone el Set, pueda tener otros resultados.

Las narraciones de estas mujeres con relación a sus experiencias relativas a la maternidad dan cuenta de que las políticas públicas dirigidas a la primera infancia han afectado la representación de sí mismas en torno a la calidad de cuidado y sus prácticas concretas. Sin embargo, como ya se especificó, es indispensable la continuidad de los programas que atienden a la primera infancia y su familia. Tomando esto en cuenta se considera la importancia de instalar redes institucionales de apoyo para los adultos que cumplen la función principal de cuidado. Identificando, que la feminización de los cuidados es moneda corriente, se requiere de programas integrales que apunten al acompañamiento de la mujer, desde la etapa previa la gestación, durante el periodo de embarazo y específicamente en los primeros años de vida de su o sus hijos. En este sentido, es relevante considerar los factores de vulnerabilidad y riesgo para las mujeres y niños pequeños, especialmente atendiendo a las debilidades de infraestructura económica, debilidad de proyectos laborales sustentables y de la fragilidad en muchos casos de la red de contención familiar.

## 5.2: Sugerencias

A partir de la realización y análisis de este estudio, surgen aspectos a tomar en cuenta para su problematización y profundización a modo de sugerencia.

En este sentido, se considera fundamental pensar en clave de perspectiva de derechos la situación sobre los cuidados. De esta forma, resulta indispensable articular los aspectos que constriñen a la categoría de los cuidados como aspecto de derecho universal, y en relación directa a quienes son los implicados en sostener dicha acción.

En consonancia con lo expresado anteriormente, la coyuntura nacional a nivel de políticas públicas actual es beneficiosa en ese aspecto, ya que entre otras cosas, se continua trabajando el diseño e implementación del SNC. Los principios establecidos en la base del mismo apunta a la equidad social y de género, donde se problematiza el lugar tradicional de los cuidados y cuidadores. En este sentido se considera relevante continuar profundizando sobre los cuidados, especialmente desde la voz de quienes ejercen la función del cuidar, siendo en su mayoría mujeres. Es necesario tomar en cuenta la franja de mayor vulnerabilidad que está constituida por mujer, que están a cargo de sus hijos en hogares monoparentales, con dificultad en desarrollar y sostener un proyecto laboral regular, estando expuestas a situaciones precarias e irregulares en ese aspecto. A su vez, continuar desnaturalizando y concientizando desde los aportes académicos en particular, pero con la intención de difusión a nivel de la opinión pública, es desde la observación de este estudio cualitativo, un insumo para instalar cambios que calen hondo en ciertos imaginarios colectivos y culturales.

En relación al sistema de salud, se considera oportuno revalorizar aspectos relativos al acompañamiento de la mujer en distintos etapas vitales, desde una perspectiva bio-psic-social. En otras palabras, **atender la salud de la mujer, con foco en distintas etapas vitales** y apuntando a la salud sexual y reproductiva como política integral, donde se integre aspectos de prevención y orientación oportuna en salud mental. En este sentido, se sugiere continuar profundizando en la reforma que impulsa el SNIS, con perspectiva interdisciplinaria. En particular, se considera fundamental, que durante el periodo de controles prenatales, se integre al equipo de obstétrico un profesional en **salud mental**. Es decir, generar un espacio donde detectar situaciones de riesgo en la

salud de la mujer, con precisión estado de salud mental, tomando en cuenta las distintas situaciones que las mujeres relataron, significando momentos de estrés, angustia, depresión, entre otros. De esta manera, generar en el servicio de salud una **continuidad en la asistencia integral**, generando indicadores de riesgo en ese aspecto a tomar en cuenta, revisando prevalencia y evolución de la sintomatología. Esto es muy relevante, ya que esos indicadores pueden influir posteriormente en el sostén de las prácticas de crianza, aumentando el riesgo para las mujeres madres y para sus hijos. Es clave apuntar hacia la prevención, orientación y detección temprana.

En relación a las **Políticas Públicas** orientadas a la primera infancia y la familia, **maximizar la información brindada de los programas**, específicamente Plan CAIF y Uruguay Crece contigo. En el sentido de maximizar el alcance de la información, específicamente a la población objetivo y destinataria de los programas.

En relación a **CAIF**, se reconoce la trayectoria institucional y los esfuerzos intersectoriales realizados para ampliar alcance de población objetivo. Sin embargo, se observa la necesidad de continuar profundizando acuerdos interinstitucionales para asegurar la captación temprana de bebés y cuidadores principales, especialmente aquellos con mayor riesgo y vulnerabilidad psico-social. En este sentido, continuar impulsando en conjunto a otras instituciones las **salas de encuentro** (por ejemplo funcionando como dispositivo semanal en sala de espera pediátrica), que pueden funcionar de puente para el acercamiento de los niños pequeños y sus familias al centro CAIF.

Ahora bien, tomando en cuenta la trayectoria del Plan CAIF y de los estilos de abordaje, se considera necesario pensar la ampliación de espacios de orientación y consulta, para toda la población que por diversos motivos no accede a dicha política pública. En este sentido, se propone articular en el primer nivel de atención y tomando en cuenta las prestaciones en salud mental a partir de la reforma del SNIS, recuperar los espacios de crianza. Estos espacios sean instalados como referencia y orientación: espacio grupal abierto de contención y escucha para los cuidadores principales, donde sea posible colectivizar sobre las prácticas de cuidado y de crianza.

En relación a **UCC**, además de ampliar información para difusión y conocimiento en mayor profundidad de la población, se observan algunas puntualizaciones sobre el **Set**

**de Bienvenida** entregado a las mujeres madres durante la internación posterior al parto. Varias de las mujeres madres participantes de este estudio, han referido que el set es de utilidad ya que acceden a información que de otra manera sería más dificultosa. En este sentido, se destaca el impacto positivo que genera al recibir el set, pero proponen que se necesita de ciertos comportamientos para que este pueda ser funcional al objetivo que persigue. Por ello desde esta investigación, se propone **revalorizar la forma en que el Set es entregado a las familias durante la situación de internación**. En este estudio la mayoría de las madres referenciaron hospitales públicos y algunas sanatorios privados, donde el Set era adjudicado como parte de un trámite administrativo. Problematizar si es adecuado entregar los set de esta forma, específicamente tomando en cuenta los objetivos que persigue el Set al ser implementada como política universal y de los impactos que busca obtener. En consonancia con esto, se propone desde este estudio, la posibilidad de crear en el ámbito sanitario una figura que pueda oficiar como puente entre el Set y la mujer madre (así como otros cuidadores presentes durante el momento de la internación). Esta figura, que puede ser un técnico con formación en primer infancia o especializado en obstetricia (enfermero, licenciado en enfermería, psicólogo, obstetra partera, entre otros) que pueda explicar y mostrar el uso del material, dando sentido a la relevancia de los cuidados en la primera infancia específicamente, y de la necesidad de apoyo a las figuras adultas responsables de los cuidados. Se considera implementar esta acción, como parte de una estrategia de prevención en salud, que luego puede ser retomada en los centros asistenciales donde continúa el seguimiento integral del niño.

De acuerdo con lo anterior, se propone además **investigar sobre el impacto del Set en las pautas y prácticas de crianza de las familias, su frecuencia de uso y consulta de materiales**. De esta forma puede permitir relevar pertinencia de los materiales que integran el set, con el objetivo de ajustar a las necesidades de la población destinataria.

En relación a otras líneas de investigación, se considera oportuno continuar indagando en torno a las **diferencias en la calidad de cuidado entre niños mayores de 3 años y niños menores**. Podría realizarse un estudio indagando específicamente el sentido que atribuyen las madres a la crianza en relación a las especificidades de dichas franjas etarias (atendiendo distintas hipótesis: es porque los consideran autónomos, es porque

son menos dependientes, es por la dificultad en dividir su atención entre los niños, es por la actitud desafiante, es porque ya no constituye una prolongación de sí, entre otras).

## Referencias bibliográficas

Aguirre, R. (comp) (2009). *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*. Montevideo : UNIFEM-Doble Clic.

Aguirre, R. Ferrari, F. (2014). *La construcción del Sistema de Cuidados en el Uruguay. En busca de consensos para una protección social más igualitaria*. Serie Políticas Sociales Nro. 193. Chile : ONU-CEPAL.

Alkolombre, P. (2012). *Deseo de hijo. Pasión de hijo*. Buenos Aires : Letra Viva.

Anfusso, A. Indart, V. (2009). *De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott?*. Montevideo : Psicololibros.

Aulagnier, P. (2007). *La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado*. Buenos Aires : Amorrortu.

Baquero, A. Carbonell, O. Camargo, M. Cauçali, C. Ortiz, J. (2014). *Ambientes adecuados y seguros en la doctrina de la protección integral*. Bogotá : Pontificia Universidad Javeriana.

Batthyány, K; Genta, N; Perrotta, V. (2012). *La población uruguaya y el cuidado: Persistencias de un mandato de género Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: Principales resultados*. Serie Mujer y desarrollo N° 117 .División de Asuntos de Género. Chile : CEPAL-ONU.

Batthyány, K; Genta, N; Perrotta, V. ( 2013). *El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género*. Serie Asuntos de Genero Nro. 123. ONU- CEPAL : Chile.

Batthyány, K; Genta, N; Perrotta, V. ( 2015). *El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay*. Serie Asuntos de Genero Nro. 127. ONU- CEPAL : Chile.

Batthyány, K.( 2015). *Los tiempos del bienestar social. Genero, trabajo no remunerado y cuidados en el Uruguay*. Montevideo : Inmujeres- Mides.

Bauer, M. González, E. Iraola, I. Moratorio, X. Sassón, E. Weigensberg, A. Altmann, (2009). *Cuidado y promoción del Desarrollo infantil en los servicios del Primer Nivel de Atención*. PNUD- ASSE- ATI.

Bedregal, P. Pardo, M (2004). *Desarrollo Infantil Temprano y Derechos del Niño*. Serie reflexiones: Infancia y Adolescencia Nro 1. Chile : UNICEF.

Bleichmar, S (2009). *El desmantelamiento de la subjetividad. Estallido del Yo*. Buenos Aires : Topia.

Berenstein, I. Puget, J. (1997). *Lo vincular: clínica y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires : Paidós.

Berezin, A. (2010). *Sobre la crueldad. La oscuridad en los ojos*. Buenos Aires : Psicolibro

Bollas, C. (1991). *La sombra del objeto: psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires :Amorrortu.

Bruner, J. (1995). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid : Alianza.

Bronfenbrenner, U. (2002). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona : Paidós.

Bowlby, J (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.

Bowlby, J (1989). *Una base segura: aplicaciones de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.

CAIF (2008). Programa Plan CAIF 20 años. 1988- 2008. (Documento institucional) Disponible en: <http://www.plancaif.org.uy/documentos/>.

Canetti, A., Schwartzmann, L. De Martino, M. Bagnato, M, Roba, O. Girona, A. Cerutti, A. Espasandín, C. Álvarez, M. (comp). (2013). *Modelos e indicadores de desarrollo y bienestar infantil*. Espacio Interdisciplinario - Universidad de la República. Montevideo.

Carbonell, O. Plata, S. Alzate, G. (2006). *Creencias y expectativas sobre el comportamiento materno ideal y real en mujeres gestantes desde un abordaje metodológico mixto*. Revista Infancia Adolescencia y familia. Enero/julio. Año/vol.1 num. 001. Asociación Colombiana para el avance de las ciencias del comportamiento. Bogotá : Colombia pp.115-140..

Carbonell, O.; Plata, S.; Peña, P.; Cristo, M.; Posada, G. (2010). *Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular*. *Universitas Psychologica*, 9 (3), 773-785.

Carbonell, O. Plata, S. (2011). Los vínculos afectivos a lo largo de la vida. Qué sabemos de ellos?. Lección inaugural. Cuadernos de Psicología, Vol 7, núm.1, Memoria Lectio Inauguralis. Bogotá : Javeriana .

Carbonell, O. (2013). *La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia*. *Ciencias Psicológicas VII* (2): 201 - 207.

Carbonell, O. Plata, S. (2014) Evaluación de un modelo de intervención temprana focalizado en la sensibilidad materna. En: Torres, B. Causadias, J. Posadas, G. (2014) *La teoría del apego. Investigaciones y aplicaciones clínicas*. Madrid : Prismática.

Carbonell, O. A. M., Plata, S. J., Bermúdez, M. E., Suárez, L. C., Peña, P. A., & Villanueva, C. (2015). Caracterización de prácticas de cuidado en familias colombianas con niños en primera infancia en situación de desplazamiento forzado. *Universitas Psychologica*, 14(1), 67-80. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.cpcf>.

Cerezo, M. Á., Trenado, R. M. & Pons-Salvador, G. (2006). Interacción temprana madre-hijo y factores que afectan negativamente a la parentalidad. *Psicothema*, 18(3) 544-550. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718333>.



Cigarroa, A. (2011). Embarazo normal y embarazo de riesgo. En: Alkolombre, P. (comp). *Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia*. Buenos Aires : Letra Viva.

Convenio celebrado entre Facultad de Psicología y ASSE. Recuperado de: [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/convenio\\_fp-asse-2.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf).

Coulon, A. (1995). *Etnometodología y Educación*. Barcelona : Paidós.

Darré, S. (2013). *Maternidad y tecnologías de género*. Buenos Aires : Katz.

Defey, D. (1995) (comp). *El bebe, sus padres y el hospital. Serie Mujer y Maternidad. Tomo III*. Montevideo, Montevideo : Roca Viva.

Defey, D, Moltenil, R, Correal, S, Avondet, S, Antuña, E (1997). *Evaluación del apego madre-hijo en las primeras setenta horas de postparto*. Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/1997/IV1evaluacion.pdf>.

Díaz Rosselló, J. Guerra, V. Strauch, M. Rodríguez, C. Bernardi, R. (1991). *La madre y su bebe: primeras interacciones*. Montevideo : Roca Viva.

Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y desarrollo infantil (ENDIS) (2015) (Informe) Montevideo : MIDES. Disponible en: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/44017/1/informe-ucc-endis.pdf>.

Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (2009), Plan de Acción 2010-2015. Plan de Trabajo. Disponible en: <http://www.enia.org.uy/pdf/Plan%20de%20Accion%202010-15.pdf>.

Farias, C. (2014). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia*. Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Montevideo.

Fonagy, P (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona : Espaxs.

Freire de Garbarino (coord). (1992). *Interacción temprana. Investigación y terapéutica breve*. Montevideo : Gnosos.

Giberti, E. (1993). *La adopción*. Buenos Aires : Sudamericana.

Guerra, V. (2009) Indicadores de intersubjetividad en el desarrollo de la autonomía del bebe. En: Mara, S. (2009) *Aportes para la elaboración de propuestas educativas. Primera Infancia: la etapa educativa de mayor relevancia*. Montevideo : MEC- UNESCO.

Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Colombia : Norma.

Hackman, D. A., Farah, M. J., & Meaney, M. J. (2010). *Socioeconomic status and the brain: mechanistic insights from human and animal research*. Retrieved from [http://repository.upenn.edu/neuroethics\\_pubs/67](http://repository.upenn.edu/neuroethics_pubs/67).

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (Quinta edición). México DF: Mc Graw Hill.

Hornstein, L. (2004). (comp). *Proyecto terapéutico. De Piera Auglanier al psicoanálisis actual*. Buenos Aires : Paidós.

INE (2014) Encuesta Continua de Hogares. Disponible en:  
<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/ech/ech2014/Principales%20Resultados%20ECH%202014.pdf>

Lecannelier, F (2006). *Apego e Intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Lom Ediciones : Santiago de Chile.

Lecannelier, F. (2009). *Intervención temprana en salud mental infantil*. En: Mara, S. (2009) *Aportes para la elaboración de propuestas educativas. Primera Infancia: la etapa educativa de mayor relevancia*. Montevideo : MEC- UNESCO.

Lecannelier, F. Undurraga,V. Olivares,A. Rodriguez, J. Nuñez,J. Hoffmann,M. Goldstein, N.& Larraín, C (2009). Estudio de Eficacia sobre dos intervenciones basadas en el fomento del apego temprano en díadas madre-bebe provenientes de la región metropolitana en Santiago de Chile. *Revista Argentina* de clínica psicológica. p.p. 143-155 Vol. XVIII. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=281921792005>.

Lecannelier, F (2014) A.M.A.R: Un modelo de intervención basado en el fomento del apego. En: Torres, B. Causadias, J. Posadas, G. (2014) *La teoría del apego. Investigaciones y aplicaciones clínicas*. Madrid : Prismática.

Lema, M. (2012). La maternidad, genero y filicidio. pp.57-66. En: Revista de Psicoterapia Psicoanalítica. Tomo VIII Nro 1. Diciembre 2012. AUDEPP. Montevideo : Trilce.

Ley Nro 18211 Sistema Nacional Integrado de Salud. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

Martínez, M.; García, M. (2011). Implicaciones de la crianza en la regulación del estrés. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* , 9(2), 535-545. Retrieved September 28, 2015, Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-715X2011000200004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2011000200004&lng=en&tlng=es).

Marotta, C. (2009). *Características del vínculo madre-hijo en adolescentes de sectores de pobreza*. Tesis de Maestría Primer Nivel de Atención en Salud. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Montevideo.

Marradi, A; Archenti, N; Piovani, J. (2010). *Metodología de las ciencias sociales*. Cengage Learning : Buenos Aires.

Ministerio de Salud Publica. Ordenanza Nacional de Lactancia Materna (Nro. 217/09). Disponible en: [http://www2.msp.gub.uy/uc\\_3184\\_1.html](http://www2.msp.gub.uy/uc_3184_1.html).

Ministerio de Salud Pública (2008). Decreto N° 379/008 Proyecto elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención dependiente de la Dirección General de la Salud por el cual se regula sobre la investigación con seres humanos. Disponible en: [http://datospersonales.gub.uy/wps/wcm/connect/urcdp/f416570c-f63d-4023-bd0e-0642c803ec1f/Descargar+Decreto-379-008.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT\\_TO=url&CACHEID=f416570c-f63d-4023-bd0e-0642c803ec1f](http://datospersonales.gub.uy/wps/wcm/connect/urcdp/f416570c-f63d-4023-bd0e-0642c803ec1f/Descargar+Decreto-379-008.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=f416570c-f63d-4023-bd0e-0642c803ec1f).

Montaño, S.; Calderón, C. (coords.) (2010). *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo*. Cuadernos de la Cepal, n.º 94. Santiago de Chile: ONU CEPAL.

Olhaberry, M.; Farkas, Ch. (2012). Estrés materno y configuración familiar: estudio comparativo en familias chilenas monoparentales y nucleares de bajos ingresos. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1317-1326.

Organización Panamericana de la Salud (2009). *Perfil del Sistema de salud República Oriental del Uruguay: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. Washington, D.C. disponible en: <http://www.dem.fmed.edu.uy/materno/Material/Perfil%20de%20Salud%20Uruguay.pdf>.

Ortí, A. (1986). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta, semidirectiva y la discusión de grupo. En García Ferrando, M., Ibáñez, J., y Alvira, F. (Comp.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad.

Ortiz, J. Borré, A. Carrillo, S. Gutiérrez, G. (2006). *Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, año/vol. 38, número 001 Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia pp. 71-86 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80538105.pdf>.

Pampliega de Quirooga, A. (1992). *Matrices de aprendizaje: constitución del sujeto en el proceso de conocimiento*. Buenos Aires : Cinco.

Posadas, G. Waters, E. (2014). El sistema de comportamiento de cuidado: sensibilidad y apoyo de base segura. En: Torres, B. Causadias, J. Posadas, G. (2014) *La teoría del apego. Investigaciones y aplicaciones clínicas*. Madrid : Prismática.

Red Iberoamericana de Apego (2014) *Estudios de investigación*. Disponible en: <http://www.redapego.org/ria/>.

Ruiz Olabuénaga, J. L. (2009). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Sautu, R. (2011). Acerca de qué es y no es investigación científica en ciencias sociales. En: Wainerman, C. y Sautu, R. (2011) *La trastienda de la investigación*. Manantial : Buenos Aires.

Schlemenson, S. (2004). Condiciones historico-subjetivas de la producción simbólica. En: Hornstein, L. (2004). (comp). *Proyecto terapéutico. De Piera Auglanier al psicoanálisis actual*. Buenos Aires : Paidós.

Schlemenson, S. Pererira, M. Di Scala, M. Meza, A. Cavalleris, S. (2011) *El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano*. Buenos Aires : Noveduc.

Piñeiro, M. Trillo, J. (2011). Introducción de psicólogos a los equipos de área. En: Levcovitz, E., Antonioli, G., Sánchez, D., Fernández, M. (2011). *Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas*. Montevideo: OPS.

Vasilachis, I. (coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona : Gedisa.

Wainerman, C. (2011). Consejos y advertencias para la formación de investigadores en ciencias sociales. En: Wainerman, C. y Sautu, R. (2011) *La trastienda de la investigación*. Buenos Aires : Manantial.

Winnicott, D. (1991). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires : Paidós.

Winnicott, D (1993) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires : Paidós.

Uruguay Crece Contigo. (2012). Documentos institucionales. Disponible en:

<http://www.crececontigo.opp.gub.uy/>

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: estrategias posibles en la argentina de hoy. Argentina. Disponible en:

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_3/stolkiner\\_interdisciplina\\_salud\\_mental.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf)

## ***ANEXOS***

## Consentimiento Informado

### INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN PARA LA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

En el marco de la Maestría en Psicología y Educación de la Psicología de la Universidad de la Republica, quien suscribe, la Psicóloga Alejandra Akar estoy investigando con el objeto de conocer sobre aspectos del vínculo madre-bebe y el desarrollo infantil, con la pretensión de generar nuevos conocimientos.

Los objetivos son los de **conocer sobre los cuidados maternos hacia sus hijos durante los dos primeros años de vida.**

Para ello se necesita la colaboración de madres con sus bebés dispuestas a participar de una instancia de entrevista.

Se realizará una primera entrevista en donde comenzar a conocer algunos aspectos en relación a las condiciones de vida y apoyo para la crianza de los niños, siendo necesario la grabación audio de la misma. Es de suma relevancia aclarar que se **manejará la información con reserva, por lo cual en ningún documento figurará su nombre, así como ningún elemento que pueda identificarlos.** Ello registrará tanto durante el transcurso de la investigación, como en el caso de que los resultados sean publicados.

Cabe destacar que la **participación es voluntaria**, pudiendo usted decidir abandonar esta investigación en cualquier momento del proceso de entrevista sin que ello le genere ninguna repercusión negativa.

A su vez usted **tiene derecho de formular todas las preguntas** que consideren necesarias para aclarar sus dudas.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dejo constancia que se me ha invitado a participar junto con mi bebe de la investigación desarrollada por la Psic. Alejandra Akar en torno a los cuidados maternos en los primeros dos años de vida y del desarrollo infantil. Se me ha asegurado la reserva necesaria en el manejo de la información (confidencialidad y resguardo de la identidad). Se me brindó toda la información que solicité para la firma de este consentimiento, pudiendo pedir una ampliación de información en cualquier momento del proceso. A su vez se me informó de que **puedo abandonar la investigación en el momento que lo disponga sin que ello afecte la atención brindada en el servicio de salud.**

Al firmar este consentimiento acepto participar en las condiciones antes mencionadas y autorizo la utilización de la información aquí relevada a los fines de investigación.

Firma:.....Aclaración:.....

Fecha.....



## Guía de Entrevista

Iniciar la entrevista explicando a la mujer los motivos de la investigación, destacando que se está profundizando en la forma en la que las madres cuidan a sus hijos, en conocer las distintas maneras de cuidar y de la experiencia de ser madre.

Para comenzar, me contarías como es un día común (normal) con tu hijo? Desde la mañana hasta la noche (se solicita relato de la rutina)

De esas horas del día, de la rutina, cuantas horas estas junto a tu hijo? (en caso de que la madre no esté durante momentos de la rutina preguntar con quien permanece el niño)

Supongamos que en ese día que antes describiste, tu hijohizo algún berrinche o se portó mal. Me podrías contar ¿Cómo es ese momento? que haces? Como te sentís con eso que le decís o haces?

Pensando en tu hijo, podrías describir su forma de ser, su temperamento (carácter)? ¿Cuándo tu hijo llora o está molesto (grita, patalea, etc) que haces? ¿Cómo se calma tu hijo? ¿tú qué haces en esa situación? ¿Cómo te hace sentir?

Que piensas sobre tu hijo cuando esta triste o enojado, ¿qué le sucederá para sentirse así?

¿Qué cosas hace tu hijo cuando se porta mal?

De esas cosas que hace, ¿qué cosas preferirías que no hiciera tu hijo?

Qué cosas le has enseñado a hacer a tu hijo? Y como lo hace?

Jugas con tu hijo? A qué juegos? Cuales disfrutas más?

¿Cuáles son las señales que da tu hijo que te permiten darte cuenta que necesita algo?

¿qué haces cuando tu hijo parece que necesita de tu atención, pero tu estas realizando otra actividad (ejemplo: cocinando, hablando al teléfono, etc.)?

¿Cómo le expresas a tu hijo los sentimientos, emociones que te genera? Las podrías describir?

¿Consideras que tu estado de ánimo influye en los cuidados que le das a tu hijo? En caso positivo, en qué manera influyen?

Al momento de estar embarazada, con que apoyos contabas? Quienes están cerca tuyo? ¿Y actualmente?

Alguien (alguna persona: familiar, amigos, pareja) ha sido de ayuda fundamental para esta primera etapa en la crianza de tu hijo?

Cambiarías algo de los primeros tiempos de la crianza de tu hijo? Cambiarías algo en relación al apoyo recibido por las personas que te acompañaron?

Pensando en los cuidados hacia tu hijo, ¿qué cosas te han resultado o parecido difícil de cuidar a tu hijo?

Muchas veces sucede que familiares, amigos, vecinos dicen sobre la forma en que hay cuidar- criar a un niño, te ha pasado esto? qué cosas te dijeron?

De esas cosas que te han dicho y sugerido esas personas, has puesto alguna en práctica? Me contarías cuales y como lo has hecho?

Consideras que las formas en que fuiste criada por tu familia influye en la forma en que cuidas a tu hijo?

Has sentido o pensado: “no puedo más” con la crianza de tu hijo o cuidando de tu hijo?

Me podrías contar esa situación? como te sentías?

En relación a los cuidados de tu hijo, que cosas te han dicho, sugerido, etc en por ejemplo: la policlínica u otro lugar donde lleves a tu hijo, ejemplo estimulación oportuna, CAIF, jardín? Con cuáles estás de acuerdo y con cuales no? alguna de esas sugerencias las has puesto en práctica con tu hijo? Cuáles? Me contarías cómo?

En relación a programas donde se trabaja con los niños y las familias, conoces alguno?

¿Conoces a alguien que haya asistido con su hijo? ¿Has asistido con tu hijo?

¿Has participado de espacios de estimulación oportuna?

¿Qué cosas aprendió en estimulación oportuna para acompañar a sus hijos en esta etapa del desarrollo?

¿Qué utilidad encuentra usted a las cosas que enseñan en los talleres y los encuentros que brinda el CAIF?

¿Cómo se siente al asistir a las actividades del CAIF? Que la motiva a participar? que le resulta más interesante?

¿Conoces otro programa que atienda a la primera infancia y a las mamás?

¿Consideras que estos programas pueden ofrecer cosas interesantes y aprendizajes para las madres? ¿qué cosas?

¿Siente que integrar el programa -caif/ucc- ha influido en la experiencia de ser madre y cuidar a sus hijos? Podrías describir esos aspectos?

## Caracterización Socio-demográfica de las mujeres madres participantes del estudio

| participante | Edad | Estado civil                  | Nivel de instrucción max. alcanzada | Trabaja       | Con quien vive                 | Nro de Hijos | Edad bb            | Violencia domestica | Tratat. con Salud Mental |
|--------------|------|-------------------------------|-------------------------------------|---------------|--------------------------------|--------------|--------------------|---------------------|--------------------------|
| 1            | 29   | Unión libre                   | Primaria comp.                      | Si, irregular | Pareja hijos                   | 2            | 7 meses            | No                  | Psicología               |
| 2            | 20   | Soltera                       | Ciclo basico completo               | No            | Padres hijo                    | 1            | 24 meses           | No                  | Psicología y psiquiatria |
| 3            | 17   | Soltera                       | Primaria comp.                      | No            | Madre padrastro hijo           | 1            | 12 meses           | No                  | No                       |
| 4            | 28   | Unión libre                   | Primaria comp.                      | No            | Pareja hijos                   | 1            | 4 meses            | No                  | No                       |
| 5            | 18   | En pareja privado de libertad | Escuela completa                    | Si, irregular | Hijos y en refugio             | 2            | 5 meses            | No                  | No                       |
| 6            | 18   | Soltera                       | Primaria comp.                      | No            | Madre e hijo                   | 1            | 3 meses            | Si con ex pareja    | Psicología y psiquiatria |
| 7            | 23   | Unión libre                   | Primaria comp.                      | No            | Padres, hijos, pareja          | 2            | 1 mes              | No                  | No                       |
| 8            | 36   | Soltera                       | Primaria comp.                      | Si, con bps   | Hermanas e hijo                | 1            | 1 mes              | No                  | No                       |
| 9            | 38   | Soltera                       | Bachillerato completo               | Si, irregular | Hijos                          | 3            | 6 meses            | No                  | No                       |
| 10           | 22   | Pareja no conviviente         | Ciclo basico completo               | No            | Hijos, una amiga y sus 6 hijos | 3            | 5 meses y 22 meses | No                  | psicología               |
| 11           | 29   | Unión libre                   | Primaria completa                   | No            | Pareja hijos                   | 2            | 20 meses           | No                  | No                       |
| 12           | 21   | Soltera                       | Primaria completa                   | No            | Hijos y en refugio             | 2            | 4 y 24 meses       | Si                  | No                       |