

## La discapacidad mental y la maternidad son realidades incompatibles. ¿Mito o realidad?

Por Melina Paz, Cecilia Nuñez, María Emilia Azparren, Cecilia Rivero, Mara Mattioni, y Martín Bruni,

Trabajadores Sociales. Residentes de Trabajo Social de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental de la Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca, Buenos Aires, Argentina.

### Introducción

Con el advenimiento del nuevo paradigma en salud mental basado en la presunción de capacidad de todos los sujetos, la cuestión de la reproducción vinculada a mujeres con discapacidad mental, plantea un sinnúmero de interrogantes.

La maternidad como un suceso de posible acontecer en la vida de las mujeres que padecen discapacidad mental despierta, a priori, prejuicios, con inquietantes consecuencias en las intervenciones cotidianas de los agentes de salud mental.

El eje central de este trabajo partirá del análisis de prácticas profesionales dentro del área salud mental, reflexionando sobre la concepción imperante en torno a la maternidad. Si bien se evidencia la inexistencia de impedimentos legislativos en torno a ser madres, dentro de este sector poblacional se conjugan tres categorías estigmatizantes: madre – mujer – discapacitada mental que actúan como obstáculo a la hora de concretar los derechos vinculados a la posibilidad de maternar.

### Aproximación metodológica

A nivel metodológico el diseño del trabajo responde a una triangulación metódica, constituyéndose en un estudio con sustratos de orden cualitativo y cuantitativo. Por un lado se tomaron en consideración viñetas clínicas producto del registro de prácticas profesionales en salud mental a partir de la sanción de la ley 26.657.

Por otro lado, el segmento cuantitativo del estudio fue realizado a través de la obtención de datos retrospectivos correspondientes a la aplicación de un protocolo (ver anexo 1) a 100 agentes de salud mental y a 100 agentes ajenos a la salud mental. El instrumento proponía tres mitos redactados como afirmaciones, a los cuales los informantes debían categorizar como verdaderos, falsos o abstenerse de responder.

El período de aplicación de la estadística accesoria comprendió los meses de agosto y septiembre de 2011. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, realizando estadística descriptiva (media, porcentajes, frecuencias, segmentación de muestra y gráficos).

## Cuestiones taxonómicas y terminológicas

A fines de este escrito se hará uso del constructo “discapacidad mental” haciendo alusión, en términos de la CIF, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, a toda persona que presente alguna limitación en su actividad vinculada a sus funciones mentales <sup>1</sup> (OMS, 2001: 229)

Por funciones mentales se entiende “tanto a las funciones mentales globales como la conciencia, la orientación, el intelecto, el temperamento y la personalidad, la energía y los impulsos y el sueño; como a las funciones mentales específicas, tales como la atención, la memoria, la percepción, el pensamiento, el lenguaje y el cálculo mental” (OMS, 2001: 50)

Respecto del concepto discapacidad, es posible afirmar que se trata de “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación; indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (OMS, 2001: 231)

Es menester aclarar que el uso de la nominación “discapacidad mental” como constructo, posibilita incluir en el presente estudio a todo aquel sujeto con limitaciones en la actividad <sup>2</sup> a causa de alteraciones en cualquiera de sus funciones mentales. Además, resulta una estrategia válida a fin de re posicionar la construcción y el uso del diagnóstico como herramienta indispensable para el diseño de los tratamientos en oposición al uso de clasificaciones de los mismos, de enfermedades o condiciones de salud.

Otro concepto que es necesario definir a los fines de este trabajo es el de mito social de la maternidad, entendiendo por tal “un conjunto de creencias y anhelos colectivos que ordenan la valoración social que la maternidad tiene en un momento dado de la sociedad” (Fernández, A. M, 2010: 162). En este sentido es importante señalar que el mito instituye realidad y que estructura y organiza las relaciones humanas.

En relación al termino “maternidad”, se considerará la denominación como una construcción “en tanto fenómeno de orden cultural, cuyas dimensiones materiales y simbólicas, objetivas y subjetivas, se encuentran en constante interpenetración. Se destacan especialmente los comportamientos, actitudes, valores y sentimientos sociales que han sido históricamente naturalizados y biologizados (por ejemplo el instinto, el deseo, el amor) así como las connotaciones simbólicas que la maternidad fue adquiriendo” (Nari, M., 2004: 62).

---

1 “Los términos son la representación de conceptos definidos en expresiones lingüísticas, como palabras o frases. Hay términos que se emplean en la clasificación cuyo uso puede introducir a error, y en la mayoría de los casos, esto es debido a que ese mismo término se utiliza habitualmente, tanto en lenguaje hablado como escrito, con un significado diferente. Por ejemplo, los términos deficiencia, discapacidad y minusvalía se emplean frecuentemente, fuera del ámbito científico, como sinónimos, a pesar de que en la versión de la CIDDM de 1980, a estos términos se les adjudicaron definiciones específicas, lo que les proporcionó un significado exacto. Durante el proceso de revisión el uso del término “minusvalía” se abandonó, y el término “discapacidad” se utiliza como un término general para las tres perspectivas: corporal, individual y social. Sin embargo, es necesario ser claros y precisos a la hora de definir distintos conceptos, de forma que se puedan escoger los términos apropiados para expresar sin ambigüedades los conceptos subyacentes”

2 Las limitaciones de la actividad son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una “limitación en la actividad” abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud”

## **“Las mujeres con discapacidad mental no pueden tomar la decisión de ser madres por sus propios medios”**

*J de 28 años, quien padece retraso mental moderado reside sola en una pensión y asiste a una Centro de día a diario, cuyos objetivos institucionales son: “contención, recreación e integración” de las personas que allí concurren.*

*J está en pareja hace 5 años y comenta en la institución que con su pareja han estado conversando en relación a la posibilidad de ser madre. En una reunión del equipo profesional del centro de día algunas preguntas que circularon una y otra vez fueron: “¿Cómo va a poder hacerse cargo de traer un niño al mundo con su discapacidad?, ¿Cómo va a tomar la decisión sola con su pareja? ¿Va a poder atender todas sus necesidades? Seguro que le va a brindar cariño, ¿pero va a saber cuidarlo?”*

Reflexionando en relación al enfoque con el que el equipo de profesionales analizó la posibilidad de ser madre que J refirió haber tratado con su pareja, podría decirse, a priori, que el abordaje de la temática habría quedado agotado en las limitaciones que la discapacidad mental que J padece podrían ocasionarle en relación a las funciones y capacidades que el ejercicio de la maternidad “requeriría de ella”.

En este sentido, es interesante pensar el concepto de “apoyos” que define la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que implica instrumentar los medios necesarios para que sea posible el ejercicio de derechos, reconociendo a las personas con discapacidad el derecho “a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges” y “a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener” (Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad. Art: 23)

Es preciso entender esta idea de apoyo como “un puente hecho de recursos y estrategias entre las capacidades y las limitaciones de la persona, y las capacidades y limitaciones del grupo en el que ella vive, para llegar a objetivos mutuamente relevantes” (Aznar A. y González Castañón, D, 2010: 99)

Partir de esta modalidad de trabajo implica “una planificación hecha a medida, no seriada y aplicable a un perfil determinado de población” (Aznar A. y González Castañón, D, 2010: 100); es decir se trata de “una planificación centrada en la persona (en sus intereses, necesidades y preferencias), cuyo resultado es un plan de apoyo individualizado. En este punto, los autores de referencia llaman la atención sobre el hecho de que “predefinir lo que los discapacitados necesitan basándose en el saber profesional conlleva a la preclusión personal del panorama de las intervenciones” (Aznar A. y González Castañón, D, 2010: 99)

Al respecto, resulta fundamental analizar las posibilidades del entorno: ¿qué limitaciones en la actividad tiene la pareja de J?, ¿recibe tratamiento?, ¿cómo están compuestas las familias nucleares de ambos?, ¿qué concepción de maternidad subyace en los grupos familiares?

“Pese a los avances realizados en la incorporación de las mujeres con discapacidad en muchas esferas de la vida (la formación, el trabajo, la participación activa en la vida asociativa), muchas de ellas siguen siendo disuadidas de ejercer su derecho y capacidad para formar una familia y decidir sobre su maternidad. Algunas de las razones que puedan explicar este comportamiento discriminatorio se encuentran, incluso, en sus propias familias, que siguen oponiendo resistencia para reconocerlas en su rol de madres, por su supuesta incapacidad de cuidar de ellas mismas y, por tanto, también de otros. (...) Lo que más sorprende, sin embargo, es que incluso profesionales que

trabajan en el sector puedan, igualmente, mantener estas opiniones injustificadas en muchos casos” (Narváez, 2009: 21)

En consonancia con la referencia bibliográfica precedente, frente a la aplicación del protocolo, un 56% de aquellas personas no agentes de salud mental a quienes fue administrado, consignaron que la frase “Las mujeres con discapacidad mental no pueden tomar la decisión de ser madres por sus propios medios” era verdadera, mientras que un 38% la categorizó como falsa y solo un 5% de abstuvo de responder (ver anexo 2). En relación a los agentes de salud mental, el 54% consideró que la afirmación era verdadera, mientras que el 42% la categorizó como falsa y solo un 4% se abstuvo de responder (ver anexo 5).

### **Las mujeres con discapacidad mental tienen dificultades para criar a sus hijos de una manera adecuada”**

*R de 32 años es internada en un hospital polivalente de CABA a causa del parto de su octavo hijo. El Servicio Social del hospital, asesorando a la paciente por cuestiones de documentación de identidad, solicitó interconsulta al equipo de salud mental debido a que existía cierta preocupación por parte del servicio de obstetricia en relación al vínculo madre-hijo, expresando: “se la observa distante, no quiere amamantarlo”.*

*En una primera entrevista, el equipo de salud mental observa que la Sra. es reticente al hablar, pero les comenta que no amamanta a su bebé ya que “no lo hizo con ninguno de sus hijos”. La médica obstetra, quien continúa pronosticando cierto “mal trato” de la madre hacia el niño, lo deriva al servicio de neonatología para una evaluación. Allí, los profesionales manifestaron la inexistencia de evidencias de maltrato y constataron los cuidados esenciales de la madre al niño realizados.*

*En una segunda instancia de entrevista, el equipo de salud mental entrevista a un familiar que se encontraba acompañando a la paciente, quien comenta que la Sra. había llegado desde Paraguay hacía sólo 6 meses, y que se comunicaba casi exclusivamente en Guaraní.*

La viñeta precedente fue seleccionada a fin de focalizar el análisis en las implicancias que acarrea pensar que “una crianza adecuada” existe; y de existir; que tiene las mismas connotaciones para todos los sujetos y culturas. Cuando la concepción de “adecuada” entre dos personas no es compartida, a la luz de la viñeta, algo del orden de la salud mental parece ponerse en juego.

Para comenzar a elucidar esta situación es importante señalar que el “ser madre” implica un universo de significaciones que dan cuenta de lo instituido, entendiendo como tal a prácticas y discursos que devienen de lo que la sociedad considera legítimo alrededor de la maternidad. Este ideal maternal en las mujeres, permite “homogeneizar las prácticas con respecto al cuidado de los niños” (Nari, M, 2004: 20)

Este acontecimiento se entrecruza con factores que comprenden lo histórico, lo cultural, lo subjetivo. Existen diversos actores como la paciente, el médico, la institución (hospital), siendo esta última la que actúa como norma universal que atraviesa y condiciona la mirada de los profesionales y la mujer.

Ambos tienen diferentes representaciones acerca de las prácticas maternas. Por un lado existe una ilusión de naturalidad acerca del instinto materno que parte del imaginario social y funciona como precepto de cómo debería criarse al niño. Por otro lado se excluye el saber que trae consigo la mujer, a través de lo aprendido incluyendo determinantes culturales, la mediación del lenguaje y la inter-subjetividad.

Cabe destacar que tanto la paciente como los profesionales forman parte de un campo de relaciones, es decir, un poder de tipo relacional donde existen asimetrías. Estas cambian constantemente dependiendo de cómo se sostiene este vínculo paciente- médico-sociedad y de cómo su saber- hacer es considerado dentro del campo social.

Las prácticas de maternaje se convierten en un espacio público donde se re-significan cuestiones en torno a la privacidad, ahora regulada desde las instituciones implementando estrategias educativas convirtiendo a las mujeres en “más maternales”. En este caso se dan cursos de asistencia a la lactancia, y cuidados neonatológicos, bajo la concepción que los cuidados que realiza la madre para con el hijo son inapropiados, solicitando inmediatamente la intervención del equipo de salud mental para realizar una evaluación. Lo diferente es considerado fuera de la regla y de lo normal; y esto es asociado al campo de la salud mental.

En relación al protocolo, el 62% de las personas no agentes de salud mental, consideraron que la frase “Las mujeres con discapacidad mental tienen dificultades para criar a sus hijos de una manera adecuada” es verdadera y el 39% la indicó como falsa (ver anexo 3). Poniendo el foco en los agentes de salud mental, por el contrario, un 66% de la muestra consideró la afirmación falsa, un 29% verdadera y un 5% se abstuvo de responder (ver anexo 6).

De alguna manera, este ejercicio de adecuación a un modelo de maternidad que todas las mujeres, incluidas aquellas con padecimiento mental, parece que deben hacer, es un mito que circula aún en el imaginario social que atraviesa la salud mental. La apuesta será entonces que la comunidad pueda posicionarse frente a los modos diferentes de estar capacitado y a la necesidad eventual de apoyos, de un modo inclusivo y no tolerante.

**“Todos los hijos de las mujeres con discapacidad mental que están institucionalizadas, también serán institucionalizados”**

*U tiene 36 años y llega a la guardia externa de un hospital monovalente de CABA por un intento de suicidio junto a M su hija de 6 años. Luego de la disposición de internación de U, parte del equipo de guardia decide comunicarse con el Consejo de los derechos de niñas, niños y adolescentes con el objetivo de institucionalizar a la niña hasta tanto su madre este de alta.*

Esta viñeta fue seleccionada a fin de analizar el impedimento que pareciera suscitar el tránsito o la permanencia de una mujer en una institución para que ella pueda ejercer la maternidad, y para que su hijo/a pueda continuar su vida en comunidad.

Al aplicar el protocolo, mientras que el 89% del total de la muestra no agentes de salud mental (ver anexo 4) consideró que la frase “Todos los hijos de las mujeres con discapacidad mental que están institucionalizadas, también serán institucionalizados” era falsa y un 8% verdadera. En cuanto a los agentes de la salud mental el 73% señaló que es verdadera y solo el 21% falsa (ver anexo 7) Un 6% se abstuvo de responder.

En casos como el presentado por la viñeta, se produce un inter juego entre la ley 26.657 y la 25.280<sup>3</sup>, que velan por los derechos de la mujer a ejercer la maternidad; con la ley 26.061<sup>4</sup> que promueve el interés superior del niño.

---

3 Ley a través de la cual se incorpora la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad al derecho interno argentino.

4 La 26.061 es la Ley Nacional de protección integral de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes con sanción al año 2006

En base a los instrumentos de derechos humanos precedentes que regulan la práctica profesional de todos los agentes de salud, es fundamental conocer que “en ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres, o de uno de ellos” (Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad, Art. 23 inciso 4). También queda regulado que “en todos los casos se velará al máximo por el interés superior del niño y que los Estados Partes presentarán la asistencia apropiada a las personas con discapacidad para el desempeño de sus responsabilidades en la crianza de los hijos” (Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad, Art. 23 inciso 2).

Para sintetizar, retomando el abordaje estadístico del presente escrito “la prevalencia de las negativas representaciones sociales que de las mujeres con discapacidad se tiene en cuanto a la maternidad, unida a la falta de provisión de servicios públicos (o, incluso privados) de apoyo a esta función social que facilite la autonomía personal e independencia de todas estas mujeres, hacen que se las siga condenando a no ser madres o, de serlo o delegar completamente las responsabilidades relativas al cuidado de sus hijos o hijas en personas de su confianza, en el mejor de los casos. Ciertamente es también, no obstante, que en otras situaciones han sido los servicios sociales los que han asumido la guarda y custodia de los menores de una madre con discapacidad por la duda que haya podido suscitar entre profesionales la capacidad para hacerlo ella” (Narváez, 2009: 15)

Haber intentado establecer comunicación con algún familiar o allegado de U podría haber sido, al menos, una alternativa frente a la presunción de que la institucionalización, como estrategia de carácter tutelar, velaría por la paciente, el niño y la responsabilidad ética profesional del equipo de salud.

## Conclusiones

En el reciente “XV Congreso Mundial de Psiquiatría”, en el desarrollo de la mesa de debate denominada “El uso de las clasificaciones en psiquiatría y sus consecuencias en la salud pública”, el Dr. Sebastián Levín expuso: “cuando se plantean modos correctos o incorrectos de llegar a conclusiones, estamos hablando de qué modo una sociedad construye una verdad y de qué modo se sanciona lo que es verdadero y lo que no lo es”.

En relación con la idea precedente, y considerando el tema en análisis, es de señalar que uno de los mitos epistemológicos con más dificultades de desarraigar es el de la existencia de verdades absolutas e imperecederas: “como uno es actor, autor y espectador de sí mismo en el mismo momento, eso que llamamos realidad se vuelve altamente complejo y cuestionable” (Hacker, Rossi; Vaschetto, 2011)

Pensar las tres frases analizadas teórica y estadísticamente como posibles prejuicios imperantes permite aseverar, al decir de Arendt, que “rebasan una intención voluntaria individual, a pesar de que en muchas ocasiones sustituyen al juicio” (Arendt, 2001)

“Aferrarse a los prejuicios es un pasaporte a visualizar un mundo ya predispuesto, y ello fomenta la dificultad de una apertura a nuevos interrogantes e impide cuestionamientos que conduzcan a un cambio significativo” (Arendt, 2001)

La apuesta concluyente de este escrito es abandonar la invisibilización de los mitos - prejuicios que tiñen las intervenciones profesionales, lo que implica abrirse a la experiencia y asumir una actitud reflexiva, esforzando al pensamiento a generar otros significados posibles en diálogo con diferentes disciplinas, en pos de arribar a un conocimiento más amplio de la cuestión. Al respecto, Edgar Morín afirma que “hace falta abrir la posibilidad de un conocimiento a la vez más rico y menos cierto”, lo cual implica “una forma de disponernos, de salir de lo puesto para explorar otros

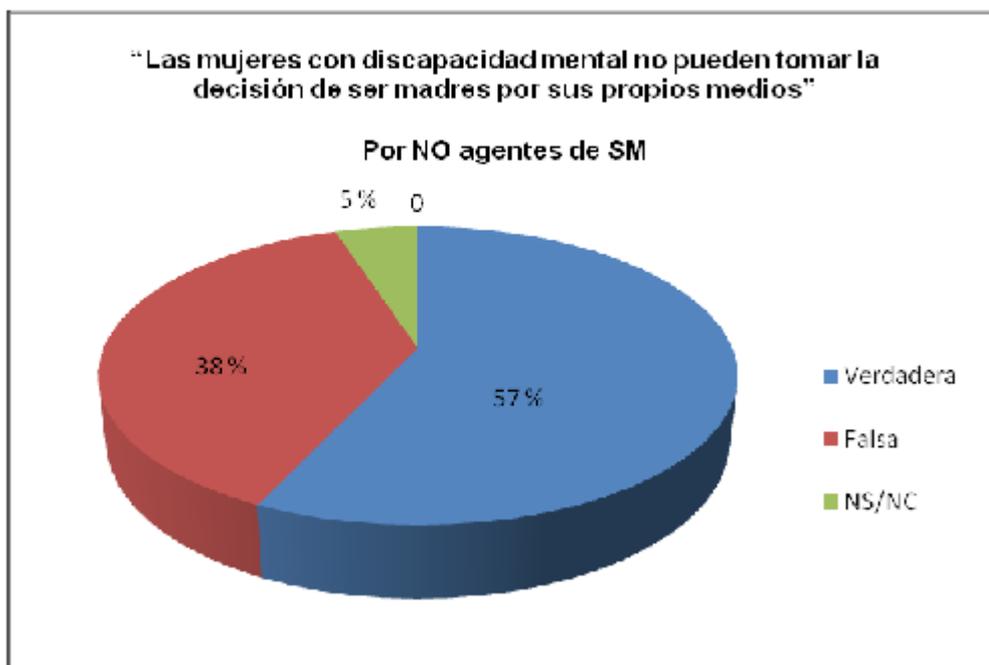
mundos (...) y así que todas las incertidumbres puedan confrontarse, corregirse, las unas a las otras, inter- dialogar” (Pereyra, 2004: 17)

Para finalizar, apostamos a la necesidad de generar movimientos en el pensamiento que permitan renovar ciertas prácticas profesionales, enraizadas en los mitos analizados, en pos de generar modos de abordajes alternativos, que posibiliten re- significar el ejercicio de la maternidad de las mujeres con discapacidad mental.

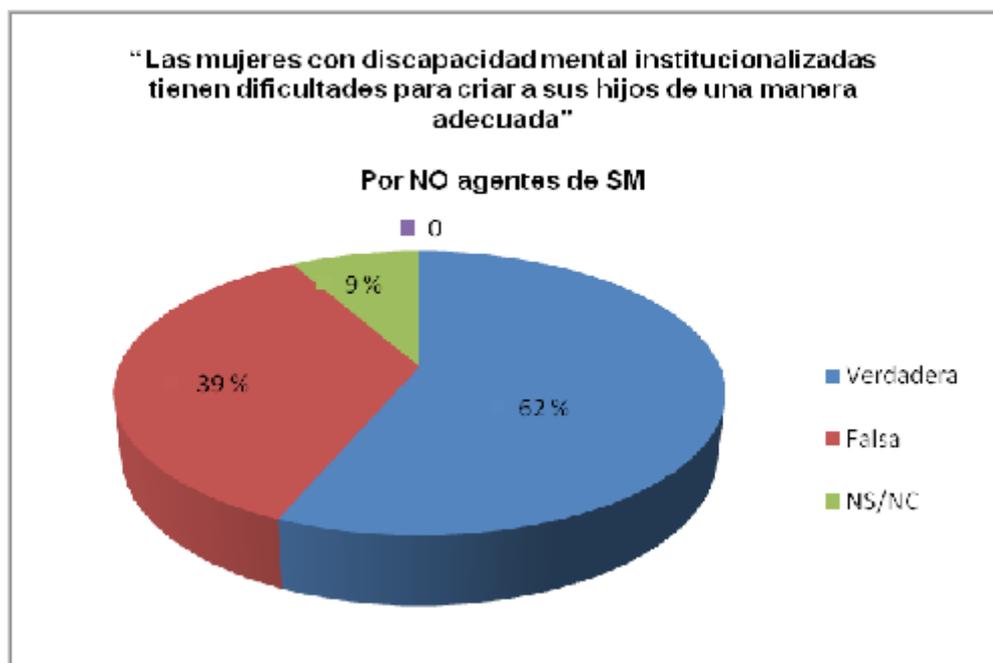
**Anexos**

Espacio reservado para el encuestador			
<input type="checkbox"/> Agente de SM <input type="checkbox"/> No agente de SM			
Consigna: 2): Lea atentamente las frases y marque con una X una opción por cada pregunta			
FRASES	Marque con una X la opción que considere adecuada		
	ESTA FRASE ES VERDADERA	ESTA FRASE ES FALSA	NS/CN
“Las mujeres con discapacidad mental no pueden tomar la decisión de ser madres por sus propios medios”.			
“Las mujeres con discapacidad mental tienen dificultades para criar a sus hijos de una manera adecuada”.			
“Todos los hijos de las mujeres con discapacidad mental que están institucionalizadas, también serán institucionalizados”			

**Anexo 2:**



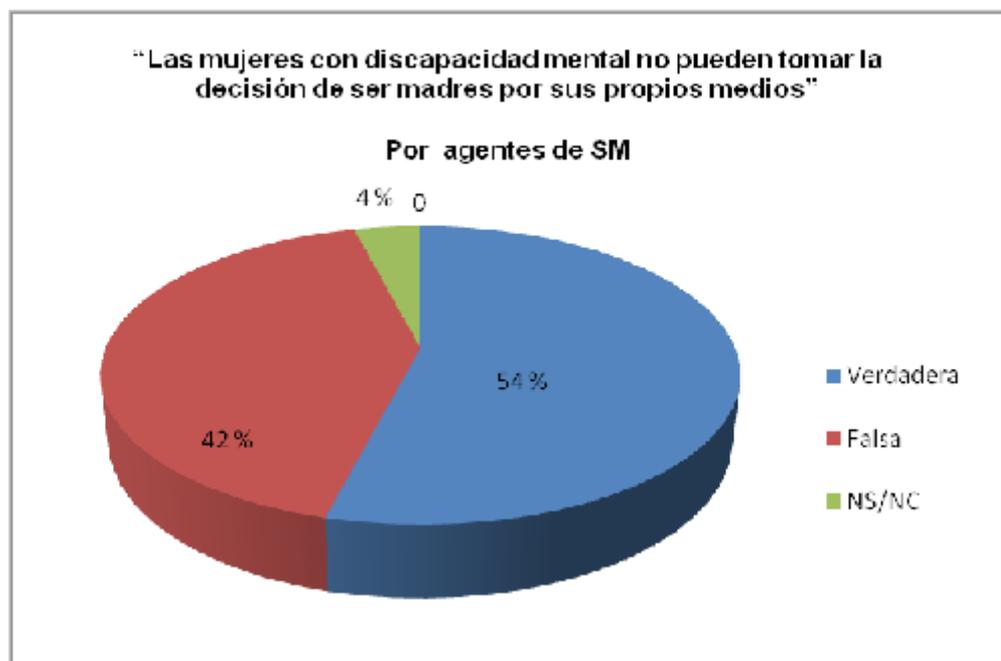
**Anexo 3:**



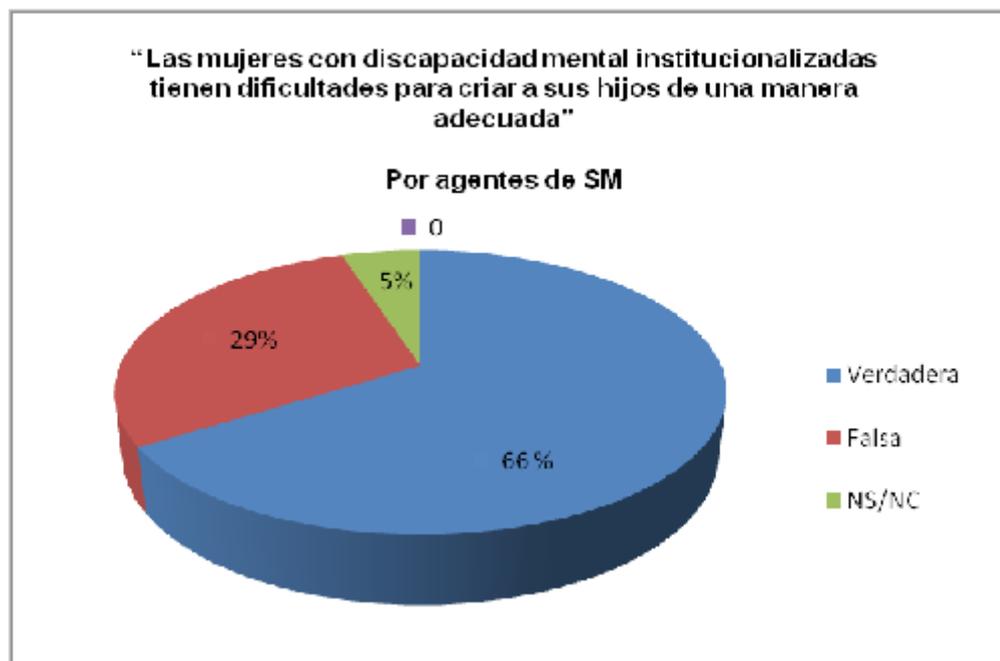
**Anexo 4:**



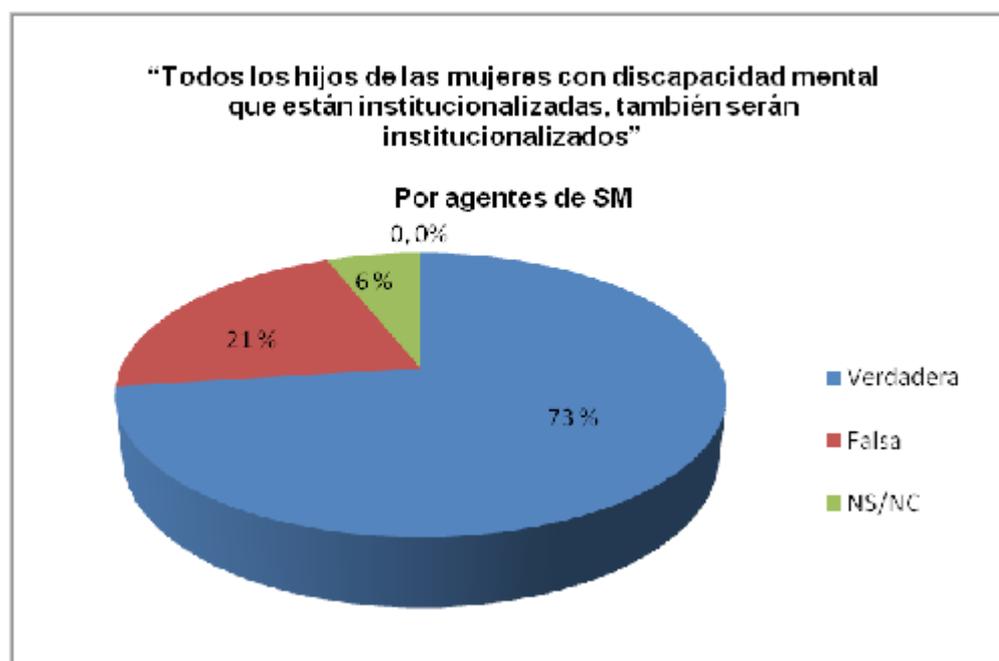
**Anexo 5:**



**Anexo 6:**



**Anexo 7:**



**Bibliografía de consulta y referencia**

Arendt, H. (2001) ¿Qué es la política? Barcelona. Paidós/ ICE/ UAB (Pensamiento contemporáneo).

Aznar A. y González Castañón, D. (2010) ¿Son o se hacen? El campo de la discapacidad intelectual estudiado a través de recorridos múltiples. Buenos Aires. Novedades Educativas.

Brogna, P. (compiladora) (2009) Visiones y revisiones de la discapacidad. México. Editorial Fondo de cultura económica.

OMS (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 54ª Asamblea Mundial de la Salud Resolución WHA 54.21

Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad.

Fernández, A. M. (2010) La mujer de la ilusión. Buenos Aires. Paidós.

Hacker, C., Levín, S., Rossi, G. y Vaschetto, E. (2011) El uso de las clasificaciones en psiquiatría y sus consecuencias en la salud pública. Buenos Aires. Mesa de debate desarrollada en el 15º Congreso Mundial de psiquiatría.

Nari, M. (2004) Políticas de maternidad y materialismo político. Buenos Aires. Editorial Biblos

Narváez, A. (directora) (2009) Maternidad y discapacidad. Madrid. Ediciones Cinca.

Pereyra, J. (2004) Interdisciplina Y comunicación. Mar del Plata. Revista Cosechando tiempo.