

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

La maternidad, una función posible. ¿O una política pública?.

Meligeni, Sofia.

Cita:

Meligeni, Sofia (2019). *La maternidad, una función posible. ¿O una política pública?.* XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/636>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/pRq>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LA MATERNIDAD, UNA FUNCIÓN POSIBLE. ¿O UNA POLÍTICA PÚBLICA?

Meligeni, Sofia

Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía. Argentina

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo consiste en problematizar la concepción de maternidad presente en los profesionales de Salud Mental, entendiéndola como un concepto de carácter ideológico que actúa a la manera de un sesgo por género en la toma de decisiones terapéuticas. Sobre la base de un caso clínico se buscará visibilizar la importancia de incluir la perspectiva de género en la atención de la salud.

Palabras clave

Maternidad - Psicoanálisis - Género - Política Pública

ABSTRACT

MOTHERHOOD. A FEASIBLE ROLE. ¿OR A PUBLIC POLICY?

Resume: The aim of this paper is to problematize the concept of maternity held by mental health professionals, understanding it as an ideological concept which acts as a gender bias in therapeutic decision-making. In the light of a clinical case, this work is intended to raise awareness on the importance of including the gender perspective in health care.

Key words

Motherhood - psychoanalysis - Gender - Public policy

“El amor maternal es un sentimiento humano. Y es, como todo sentimiento, incierto, frágil e imperfecto. Contrariamente a las ideas que hemos recibido, tal vez no esté profundamente grabado en la naturaleza Femenina” - E. Badinter

Introducción

En el presente trabajo me propongo compartir con ustedes un caso clínico que me ha conducido a reflexionar sobre la concepción de maternidad vigente en los profesionales de la salud y la manera en la que éste marco ideológico se traduce en un sesgo por género con alto impacto en nuestras decisiones terapéuticas. A propósito del caso M intentaré transmitir algunos interrogantes en relación al posicionamiento ético y profesional del psicólogo en el marco de un tratamiento psicoterapéutico individual con mujeres que tienen niños a su cargo pero no desempeñan la controvertidamente llamada “función materna”.

En un contexto internacional de lucha por la igualdad de derechos entre los géneros, una multiplicidad de autores de diversas disciplinas han centrado sus esfuerzos en visibilizar el carácter

forzoso de la antigua asociación mujer-madre y el papel central de las políticas públicas en la creación y el sostenimiento de dicha ligazón conceptual. Es a partir del cuestionamiento de un invento social ampliamente difundido “la maternidad como instintiva” que se crean las condiciones de posibilidad para repensar teorizaciones imperantes de época sobre las que se apoyan nuestras intervenciones clínicas.

Al interior de este estado de cosas, un nuevo binarismo se hace presente en la disyuntiva entre el deseo de maternidad, y otro, aparentemente nuevo, el no deseo de hijo. Mi intención es centrarnos en una tercera posibilidad, más prevalente en la clínica de lo que se suele aceptar, la de mujeres que tienen hijos a su cargo pero no son madres (según lo que se entiende actualmente por el término)

En el curso del presente trabajo pretendo ir deslindando a la mujer de la madre con el objetivo de pensar de qué manera abordar el tratamiento con éstas mujeres para quienes la asunción de la maternidad no configura un deseo a ser alcanzado como resultado del trabajo terapéutico.

Viñeta clínica: “El lado equivocado”

M, de 35 años, inicia tratamiento psicológico luego de que su hijo, Marcos, de 10 años, ingrese a la guardia de un Hospital General llevado por los directivos de su escuela por presentar evidencias de violencia intrafamiliar.

En esa ocasión, el niño permanece internado a razón de la violencia física ejercida sobre él por parte de su madre, momento en el que se da aviso al Consejo de niños/niñas y adolescentes, y se asigna el caso a una fiscalía. Durante la internación se evaluaron diferentes alternativas frente a la situación de maltrato vivida decidiéndose que el pequeño regrese a casa al cuidado de su madre. La condición: que ambos realicen tratamiento por Salud Mental.

Luego de dos años de recorrido institucional por diferentes servicios de Salud Mental, recibo el pedido de derivación. M llora nerviosamente a lo largo de la entrevista de admisión, expresa sentirse desbordada por la continua demanda de su hijo y ya no soportar más la situación. Busca dentro de un folio repleto de papeles uno en particular, que considera explicaría la causal de su angustia. Me entrega un papel en donde figuraban los diagnósticos otorgados al niño: Retraso madurativo, dificultades para concentrarse, hiperactividad.

Continúa relatando que su hijo es muy demandante y que está

cansada de estar todo el día detrás de él. “No puedo trabajar, no puedo salir, no puedo hacer nada. Ni jugar airsoft puedo. ¿Sabés lo que es estar todo el día con un pibe así, con las necesidades especiales que tiene Marcos? Yo intento hablar con él y ponerle límites, explicarle que hay momentos para mí y momentos para él. Pero él no respeta nada”. Continúa diciendo “Estoy tan desbordada que llegue a pegarle a mi hijo con un cinturón. Nunca me había pasado algo así antes, me siento una pésima madre pero no lo aguanto más”. Al repreguntarle por ese episodio, la paciente expresa: “Lo que pasó es que le pegué con el lado equivocado del cinturón”.

Con el correr de las sesiones se reitera la queja en relación a ser demandada al lugar de maternidad por parte de Marcos. “Ya no sé qué quiere de mí, yo le doy una hora por día para que juegue conmigo, y en vez de tranquilizarse después se pone peor, me llama todo el tiempo”.

En una oportunidad la paciente ensaya una interpretación sobre la conducta desbordante de su hijo, realizando un enlace de continuidad con su historia personal (mediatizada por el lugar de niña/o): “Yo me identifico con lo que le pasa porque hacía lo mismo de chica: está todo el tiempo tratando de llamar la atención de un adulto. La diferencia es que yo podía entretenerme sola y él no”. Intento aprovechar la asociación para introducir algo en relación al sufrimiento de Marcos en contraposición con la enfermedad, pero no aparece nada del orden de la ternura o del querer cuidar.

Refiere estar arrastrando esta situación desde su separación con el padre de Marcos, y expresa: “Siento que todo se resolvería si tuviera más plata en el bolsillo, le pagaría a alguien para que se ocupe de Marcos y yo poder trabajar, salir con mis amigas, jugar airsoft que para mí es muy importante. Ahora lo llevo a jugar conmigo, pero es una molestia en mi cabeza saber que él está ahí”.

El equipo que atiende a Marcos ha pautado reglas que permitan ordenar el vínculo y ayudar a M a ubicarse en una posición maternal. Se le ha indicado como regla principal que permanezca atenta a su hijo y no lo deje solo en ninguna ocasión. No obstante a la indicación médica, M envía a su hijo a comprar la merienda solo al kiosco de la esquina. Pasada la media hora decide bajar a buscarlo y le pregunta a un policía si vio a un niño de 10 años, frente a la negativa del oficial de seguridad piensa “Seguramente habrá ido a otro almacén porque no encontró lo que quería” y regresa a su casa. Tres policías tocan el timbre y le notifican que su hijo fue abusado sexualmente por un señor de 65 años aproximadamente.

La paciente relata la situación de abuso de Marcos sin manifestaciones de angustia aparentes. Refiere sentirse una pésima madre por lo sucedido, aunque rápidamente expresa que pedófilos hay en todos lados y que no es su culpa que le haya pasado a Marcos. Al preguntarle qué siente por lo sucedido dice “Me parece que él ya entendió que no puede estar solo, el equipo de él ya se lo dijo pero me parece que después de esto le quedó

claro”. Relata la conversación mantenida con su hijo horas después del abuso en el hospital en el que el pequeño recibiría el kit médico de prevención de enfermedades de transmisión sexual: “¿Viste Marcos lo que te pasó por salir sólo? Espero que ahora entiendas por qué no podés salir solo”

En esta sesión señalo que se ubica en un lugar de paridad con respecto a su hijo y que resulta necesario que pensemos qué significa la maternidad para ella, frente a lo cual M responde “Para mí es una carga”. La sesión siguiente la paciente expresa que se ha quedado pensando en la pregunta por la maternidad y manifiesta “Me siento la peor persona del mundo diciendo esto, pero siento que lo detesto a Marcos. Estoy pensando en mandarlo a un hogar, esto no es sano ni para él ni para mí. Yo no puedo tolerarlo ni a base de Clonazepam y a él tampoco le hace bien. Yo lo hablé con él y al principio lloró un montón, pero después lo aceptó”. Refiere que le mencionaron esta alternativa durante la internación y que ella inmediatamente dijo que no. “Eran muchos trámites los que se tenían que hacer, no estaba en un momento como para enfrentarme a eso. Además yo iba a perder la asignación universal por hijo y hoy por hoy eso es mi sustento”.

La semana siguiente la paciente trae un video a la consulta, dice: “mirá, grabé esto para que ustedes vean que él no es como lo ven acá. Después de lo que pasó yo no lo dejo salir ni a la esquina, pero mira cómo se pone frente a la negativa”. Me muestra un video en el que graba a Marcos mientras éste le pide que lo deje salir a jugar al patio del hotel, la paciente repite reiteradas veces “no podés salir solo”, el niño comienza a desesperarse y a correr entre las cuatro paredes de la habitación mientras intenta tapar la grabadora. Dice “No mamá, por favor, no me grabes más, quiero salir un ratito a jugar”. La paciente responde “Sí, te grabo, y se lo voy a mostrar a la psicóloga”.

Un mito que no admite contradicciones

Hemos concebido durante tanto tiempo el amor maternal en términos de instinto, que de buena gana creemos que se trata de un comportamiento arraigado en la naturaleza de la mujer cualquiera sea el tiempo y el espacio que la rodea.

Sin embargo, en la historia del amor maternal desde el siglo XVII al Siglo XX se encuentran solemnes pruebas que refutan la idea según la cual éste amor pudiera tomar algo de la naturaleza. Badinter (1981) sostiene que “según los registros policiales, en 1780 sobre los veintiún mil niños que nacían por año en París, apenas mil eran criados por sus madres. Otros mil, privilegiados, eran amamantados por nodrizas en la casa de sus padres. Todos los demás pasaban del seno materno al domicilio más o menos lejano de una nodriza a sueldo”. (p.11)

¿Qué pensar de esas mujeres que disponían de todos los medios para criar a sus hijos junto a ellas y para quererlos, y que durante siglos no lo hicieron? Al parecer, consideraron que se trataba de una ocupación indigna de ellas, y optaron por zafarse de esa carga. Por otra parte, lo hicieron sin provocar el menor

escándalo. Porque con excepción de algunos teólogos severos y de algunos intelectuales, los cronistas de la época parecían considerarlo normal. (Badinter, 1981, p. 66)

Lo cierto es que durante un período que se prolongó durante dos siglos, la conducta de las mujeres osciló muy a menudo entre la indiferencia y el rechazo hacia sus hijos. Tanto en las clases altas como en las populares se estilaba el siguiente ritual: la entrega a la nodriza, el retorno a la casa y la partida hacia el convento o la pensión. El niño vivía a lo sumo un promedio de cinco o seis años en la casa, lo que no significaba de ningún modo que los viviera junto con sus padres, más bien experimentaba una prolongada soledad, a veces falta de cuidados, y a menudo un verdadero abandono moral y afectivo.

Este tratamiento de los niños conllevaba un exponencial índice de mortalidad infantil que comenzó a cobrar valor en vísperas de la Guerra de 1870. “En este contexto, el niño adquiere un valor de mercancía para el Estado, no sólo porque produce riquezas sino también porque garantiza su poder militar. Se percatan de que los niños abandonados mueren como moscas sin ningún provecho para el Estado. Peor aún, cuestan al Estado, que se ve obligado a mantenerlos hasta que se mueren” (Badinter, 1981, p.127). Es como respuesta a este problema de índole social (y pública) que se le crea la responsabilidad a la mujer de asegurar la supervivencia de sus hijos a través del amamantamiento. Habrá que apelar a su sentido del deber, culpabilizarla y hasta amenazarla para hacerla volver a su función nutritiva y materna, supuestamente espontánea y natural. “A partir de esa época abundan las publicaciones que aconsejan a las madres ocuparse personalmente de sus hijos, y les «ordenan» que les den el pecho. El estado, con ayuda de filósofos y teólogos, crean a la mujer la obligación de ser ante todo madre, y engendran un mito que doscientos años más tarde seguirá más vivo que nunca: el mito del instinto maternal, del amor espontáneo de toda madre hacia su hijo”. (Badinter, 1981, p.117)

Es cierto que de un tiempo a esta parte los conceptos de instinto y de naturaleza humana están desprestigiados. Si nos ponemos a observar de cerca, resulta difícil encontrar actitudes universales y necesarias en los humanos, por lo que podríamos estar de acuerdo en que el instinto maternal ya no es un concepto admitido. Sin embargo, desechado el término, la vivida noción de la maternidad que conservamos está próxima a confundirse con el antiguo concepto. Hemos cambiado de vocabulario, pero no de ilusiones. (Badinter, 1981, p.13).

Resonancias de un pasado que no pasó

Retornando a nuestros tiempos. En el día a día de la práctica hospitalaria, la maternidad reviste aristas que van desde lo amoroso a lo siniestro, desde la pasión al abandono, desde el exceso hasta la ausencia. De manera que la maternidad como patrón universal de protección y amparo pierde consistencia cuando, despojada de los ideales de quienes escuchamos, la clínica revela una y otra vez que este concepto no porta un sentido

unívoco, y que dicha función conlleva un sinnúmero de avatares. Resulta curioso, entonces, que aún frente a irrevocables pruebas continuemos pensando indiscriminadamente en términos de “imposibilidad” a la totalidad de casos en los que las mujeres no se responsabilizan por los cuidados de sus pequeños.

Lo cierto es que a pesar de las intenciones liberales, experimentamos siempre como una aberración o como un escándalo a la madre que no quiere a su hijo. Estamos dispuestos a explicarlo todo y a justificarlo todo antes que admitir el hecho en su brutalidad. En el fondo de nosotros mismos, nos repugna pensar que el amor maternal no sea indefectible, por lo que hemos articulado abundantes teorías que abogan por la dificultad y la falta de referencias como explicaciones para semejante crueldad o indiferencia (Badinter, 1981).

Considero que sostener fuera de cuestionamiento una idea que caracteriza a la maternidad como un anhelo que atraviesa a todas las mujeres de carácter transhistórico y atemporal constituye un riesgo a la hora de pensar estrategias que den respuesta a una problemática de salud pública de amplia magnitud como lo es el desamparo y la violencia ejercida sobre niños/niñas y adolescentes por quienes se encuentran a cargo de sus cuidados. Si bien a nivel discursivo nos comportamos como si este concepto de maternidad hubiese sido revocado de nuestras cabezas, algunas modalidades de abordaje que implementamos diariamente continúan reproduciendo prácticas que responden al antiguo modelo. En el caso clínico se pueden constatar los esfuerzos ejercidos por los diferentes profesionales intervinientes por situar (o re-situar) a M en su función de maternidad.

Desde el año 2017 en el que M y Marcos ingresan al sistema de salud hasta la actualidad se puede objetivar la operatoria de este preconcepto. La indicación de tratamiento psicológico por parte de la fiscalía se apoya sobre la idea de una imposibilidad en el ejercicio de una función natural. El amor y la intencionalidad de cuidar de la mujer están dados por sentado, y se supone un impedimento de carácter psicológico para la correcta ejecución de dicha acción.

En la misma línea, desde nuestra área de competencia todavía persisten prácticas en las que los profesionales intentan por la vía de la fuerza imponer en sus pacientes ciertos lineamientos que consideran ayudarían a reubicar a la mujer en su obligada función de madre obviando la posibilidad de generar un clima de apertura en el cual la mujer pueda expresar su intención en relación a su hijo, o aportar desde su perspectiva qué tipo de vínculo desearía establecer con el mismo. ¿Sería posible pensar en alguna función de maternaje con Marcos viviendo en un hogar? ¿Es indispensable que sea M quien se ocupe de los cuidados diarios de Marcos para considerarla su “madre”? Mejor dicho, ¿Es la responsabilidad por los cuidados diarios el rol indefectible a asumir por una “madre”?

Investigaciones de índole sociológica tienden a entender el cuidado infantil como una preocupación esencial de la vida humana que no debe ser entendida en términos particularistas, sino

como parte de una organización social en la que el Estado cumple una función central ya que actúa simultáneamente como un agente proveedor de servicios y como un ente regulador de las contribuciones de otros “pilares del bienestar” como las familias y las organizaciones civiles (hogares). Esta perspectiva insta a prestar atención no sólo a los aspectos microsociales sino también al rol de las políticas sociales a través de las cuales se definen responsabilidades y derechos de los ciudadanos. Es en este sentido en que la forma en que se organizan los sistemas de salud, educación y prevención social tienen la capacidad de transformar situaciones de desigualdad, pero también de perpetuarlas o agudizarlas. (Valeria Esquivel, Eleonor Faur, Elizabeth Jelin, 2012).

En todos los casos, las políticas orientan la racionalidad de la oferta de servicios y el tipo de respuestas estatales, pero lo cierto es que “el Estado no es un aparato monolítico que aplica reglas estandarizadas, sino que es un conjunto de personas que actúan de acuerdo con sus valores y perspectivas de vida, en las cuales las visiones tradicionales de género están presentes todo el tiempo” (Valeria Esquivel et. al., 2012, p.36) En la actualidad, la preocupación por el cuidado está depositado en la familia (preponderantemente en las mujeres), y se observa una idealización de la maternidad y el familismo que tienen un lugar ideológico y también instrumental, en la medida que son funcionales a la reducción de costos. ¿De qué forma las desigualdades sociales se transforman (o reproducen) en la organización social del cuidado infantil en la Argentina? Y, en relación con la cuestión de género: ¿cómo operan las distintas políticas públicas en la configuración de responsabilidades diferenciales según el género? ¿Cuáles son sus supuestos acerca del cuidado y hasta qué punto los desafían? (Valeria Esquivel et. al., 2012). En lo que se entiende coloquial y teóricamente como maternidad, parecería preponderar una confusión entre el amor y la devoción. Si bien mucho del trabajo de cuidado es realizado “por amor”, esto no significa que las mujeres amemos hacerlo todo el tiempo. Por otra parte, los padres varones pueden amar a sus hijos, aunque ese afecto no sea interpelado en términos de devoción. (Diane Elson, 2005)

Desde el campo de la psicología, la persistencia del mito parecería hacerse presente en la atribución de deseo de hijo que se establece sobre todas las mujeres, en particular aquellas que han dado a luz. Al recibir en tratamiento este tipo de casos clínicos parecería existir un trasfondo ideológico según el cual este deseo estaría impedido y como resultado del proceso terapéutico se esperaría (pese al abocado esmero de los autores por refutar la idea de una intencionalidad premeditada en nuestra práctica), re-encausar el deseo por la vía esperable orientando a la mujer mediante “la dirección de la cura” a su rol social en la sociedad patriarcal.

Sesgos por género en los sistemas de salud

Existe consenso internacional acerca de la necesidad de incorporar la perspectiva de género en la promoción y la atención de la salud. En ese sentido, la Dra Débora Tajer (2018) sostiene que el enfoque de género es un elemento que contribuye a entender mejor los procesos que ella denomina de salud-enfermedad-cuidados, ya que incorpora tres niveles de análisis:

1. Las diferentes maneras en que las personas tienen problemas de salud asociados a sus roles de género
2. La manera distinta en que se proveen servicios conocida como “disparidades de género”
3. La manera en que los/as proveedores/as de servicios deberían considerar los roles de género y su impacto sobre la salud para dar una mejor atención.

Me resulta sumamente interesante la perspectiva que Tajer propone para pensar el caso M, prestando especial atención a las alternativas que el sistema de salud provee frente a la compleja problemática que ésta plantea. Intentaré realizar una aproximación al análisis del caso en función de los ejes propuestos a modo de disparador para pensar sobre qué basamento se apoyan nuestras intervenciones clínicas:

En principio, podríamos hipotetizar que algo del sufrimiento de M se asocia a su rol de género en la medida en la que existe una contradicción entre lo que la paciente desea para su vida y lo que se espera de su rol social. Es importante que los profesionales de la salud estén advertidos de éste eje de análisis que introduce la perspectiva de género para evitar caer en prácticas coercitivas que fuercen a la mujer a obedecer de forma condescendiente a su función socioculturalmente otorgada, lo cual acrecienta el padecimiento de la paciente y condena al niño a una prolongada vulneración de sus derechos. En el relato de la paciente resulta evidente la negativa a asumir la responsabilidad que implica el cuidado y crianza de su hijo, interpretarlo como un extravío de su función conduce a la provisión de herramientas del orden “No debes dejar a tu hijo sólo en ninguna ocasión”, lo que constituye un recurso al menos insuficiente para dar respuesta a la situación de urgencia.

En relación a la disparidad con la que se brindan los servicios según el género, me pregunto: Nuestra lectura del caso, y en consecuencia, nuestras intervenciones terapéuticas ¿serían las mismas si el paciente fuera un hombre que expone abiertamente su rechazo hacia su hijo y que porta en su haber un antecedente de violencia física contra el mismo?.

Por último, y en relación a nuestra función como agentes de salud mental, considero de importancia repreguntarnos si este tipo de intervenciones apuntan a aliviar el padecimiento de ambos pacientes (mujer y niño) o son mera reproducción de un sistema moral de valores imperantes en nuestra época. Según Débora Tajer (2018) la cuestión se reduce a elegir entre estar del lado de la “policía psicológica”, guardiana de la moral dominante, o estar ocupados en los nuevos modos de aparición del dolor humano.

Conclusión

Referirnos a la noción de madre permite evocar una multiplicidad de sentidos más o menos compartidos, más o menos entendidos, más o menos evidentes. Decir “madre” supone una referencia que enmarca y tranquiliza, pero que también condena y determina.

A propósito de la clínica creo encontrar una vía posible de interrogación a estas acepciones visibilizando el carácter imaginario y la dimensión de los ideales que esta temática encierra. El concepto de maternidad es una construcción social y es necesario aceptar su condición de variabilidad a fin de conservar nuestra disposición a la escucha de la subjetividad de quien llega a consulta. ¿Por qué M se ve compelida en cierta instancia del tratamiento a traer un video a sesión? Más importante aún: ¿Qué estamos habilitados a escuchar de ese video, de esa mujer, de ese testimonio?

Este caso nos interpela a cuestionarnos sobre la dimensión ética de nuestro trabajo clínico. Forzar a un paciente a encajar con los estándares socialmente aceptados no sólo constituye un corrimiento de nuestra posición ética sino que acrecienta el padecimiento de quien acude a nosotros con la esperanza de encontrar alivio a su sufrimiento. Un desacierto inconcebible si pensamos en el espíritu de la función que nos ha sido otorgada: velar por la salud mental de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona, España: Paidós-Pomaire Colección padres e hijos.
- Burin, M., Dio Bleichmar, E. (1996). *Género, psicoanálisis y subjetividad*. Argentina, Buenos Aires: Paidós.
- Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (Ed.) (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Argentina, Buenos Aires: IDES.
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Argentina, Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Fernandez, A.M. (2017). *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Argentina, Buenos Aires: Paidós.
- Tajer, D. (2008, 6 de Noviembre). Sexo, identidad de género y sexuación. Desafíos para la clínica en la actualidad. *Revista Topía*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/genero-salud-mental-y-derechos-humanos>
- Tajer, D. (2012, 16 de septiembre). No sagrada Familia. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-203219-2012-09-16.html>
- Tajer, D. (2018, Junio). Identidad de género y salud mental, género y diversidad sexual. *Revista Sobeanía Sanitaria*. Recuperado de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/identidad-de-genero-y-salud-mental/>