



T
1153

24012



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA- XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE LA MUJER

Idónea comunicación de resultados de la tesis para obtener el grado

de Maestra en Estudios de la Mujer:

//

“Maternidad y discapacidad mental: discursos y experiencias de”
mujeres diagnosticadas como psicóticas”

Presenta: Paola Ferreyra Corona.

Asesora: Mtra. María del Pilar Cruz Pérez.

Lectoras: Dra. Alba Elena Ávila González.

Dra. Mary Goldsmith Connelly.

agosto del 2009

A mi abuelita Amalia +, una de las más grandes mujeres que he conocido en este mundo, gran luchadora, mujer cabal, que me dejó muchas historias y enseñanzas; y aunque hoy ya no respira y su corazón no late, su existencia pervive. Esta investigación te la dedico a ti "abue", tú que fuiste testigo de mis noches de desvelo y el fluir de las ideas. Gracias a la existencia de mujeres como tú, las generaciones que venimos detrás tuvimos otras oportunidades que a ti te fueron negadas, y por las que hoy millones de mujeres seguimos trabajando y luchando. Gracias.

A "Elena" +, "Celeste" y "Rebeca", que sin ellas esta investigación no existiría. Gracias por compartir sus experiencias, anécdotas, sentimientos, sueños, dolores, anhelos, tiempo y confianza. Me quedo con mucho aprendizaje

A mi madre, la mujer que me ha dado vida en más de un sentido, el gran apoyo de todos los días de mi existencia, uno de mis más grandes amores y ejemplos de entereza y solidaridad. Tú me enseñaste que los sueños hay que perseguirlos, por más inalcanzables que parezcan.

A mi hermana Lore, la mejor hermana que pude tener, compañera de juegos, risas, cantos, tristezas; con quien aprendí que la sororidad es una de las mayores fortalezas que como mujer puedo tener.

A mi papá, de quien he aprendido que la fe es fundamental para dar nuevos pasos y quien me dio el ejemplo de actuar y trabajar con la honestidad y la ética por delante, aunque como a Antígona, se me vaya la vida en eso.

A Mar, compañero del alma, soñador incansable y poeta por vocación, a ti con quien he elegido compartir mis caminos y los tuyos, convirtiéndolos en nuestros. Agradezco que hoy estés conmigo al llegar a la meta de este proyecto, en el que aposté tanto.

A Pilar que desde el principio creyó en esta investigación, a pesar de que casi nadie creía. Gracias por la escucha, el compromiso, la paciencia y tantas enseñanzas, pero sobre todo por compartir esta travesía hasta el final. .

A la Maestría en Estudios de la Mujer de esta mi Alma Mater, la que me ha brindado herramientas invaluable, que se han traducido en pensamientos y acciones tangibles.

A "Casa B" por las facilidades brindadas para la realización del trabajo de campo de esta tesis.

INDICE

Introducción	4
Capítulo 1 Género, maternidad y discapacidad mental	
<i>1.1 El género en el análisis de las prácticas de maternaje en mujeres con discapacidad</i>	17
<i>1.2 Maternidad, maternaje: discursos y prácticas</i>	23
<i>1.3 Discapacidad y maternaje</i>	35
<i>1.4 La psicosis como discapacidad</i>	43
Capítulo 2.- Las otras voces sobre la maternidad: exploración en los terrenos de la psicosis y la discapacidad	
<i>2.1 Dispositivo metodológico y técnicas de investigación</i>	50
<i>2.2 Un recorrido por Casa B</i>	56
<i>2.3 ¿Y tú a qué vienes?: obstáculos en el campo</i>	66
<i>2.4 La voces que abrieron otro camino</i>	67
<i>2.5 Me obligaron a venir: relaciones de poder en el ámbito de la salud mental</i>	69
Capítulo 3.- Experiencias y discursos sobre la maternidad desde la discapacidad	
<i>3.1 Quiero pero me dicen que no puedo: Maternidad y discapacidad</i>	86
<i>3.2 Discapacidad y "enfermedad" mental</i>	112
Conclusiones	128
Bibliografía	138

INTRODUCCIÓN

La presente investigación busca explorar los discursos acerca de la maternidad que han construido un grupo de mujeres nombradas como discapacitadas mentales, específicamente aquellas cuya atribución deviene de una “enfermedad” mental particular: la psicosis.

El objetivo general consistió en explorar lo que un grupo de mujeres pudieron decir respecto a la maternidad y sus experiencias, independientemente de que hayan tenido hijos(as) o no. Me interesé por conocer cómo han concebido las construcciones de género en torno a la maternidad y al ser mujeres, así como las posibles consecuencias que les ha traído la exclusión que deben enfrentar al ser identificadas en el discurso médico como discapacitadas mentales, por haber sido diagnosticadas con psicosis.

Mi interés por este proyecto surgió en mi práctica profesional¹, durante mi trabajo en diversas instituciones que brindan atención a pacientes con diagnóstico de psicosis, donde pude percatarme que a las mujeres, el tema de la maternidad las tocaba de forma importante. Para aquellas que tenían hijos(as) uno de los factores que más les afectaba de encontrarse bajo ese diagnóstico y tener que vivir dentro de dicho establecimiento, era el cambio que habían experimentado en el ejercicio de la maternidad, noté que les preocupaba mucho qué sucedía con sus hijas(os), qué pensaban de ellas por el hecho de estar internadas, y finalmente cómo esta situación afectaba en la relación con éstas(os)

Asimismo, las mujeres que no tenían hijos(as) hablaban del tema desde diferentes lugares, algunas resignadas a no poder tenerles por su condición de

¹ Mi trabajo en esas instituciones se centró en hacer acompañamiento terapéutico con pacientes, mujeres y hombres, diagnosticados(as) como psicóticos(as).

discapacitadas, otras con la esperanza de algún día ser madres a pesar de los obstáculos que desde los discursos y las prácticas se les han puesto. Fue ante tales observaciones, que di cuenta que para casi todas resultaba un tema que se relacionaba de manera directa en cómo han vivido el ser mujeres. Considero que esto se debe a la carga que culturalmente tiene el rol maternal en la feminidad, identidad genérica designada hegemonicamente a las mujeres, develándose incluso como uno de los mayores motivos de realización para éstas.

En contraste pude identificar que, a pesar de haber estado socializadas desde lo femenino, la condición de discapacitadas mentales de las mujeres observadas las colocaba en una posición donde la maternidad les estaba prohibida: Esto me condujo a cuestionar los discursos tradicionales en torno a quién puede y cómo debe ser una mujer-madre y qué sostiene un orden social que perpetúa la marginación de las mujeres con discapacidad. Tras esto me pregunté qué significados le atribuían al ser nombradas y tratadas como discapacitadas y cómo consideraban que tal cosa incide en sus experiencias sobre la maternidad y el ser mujeres. Lo anterior me permitió identificar la importancia de develar las experiencias de este grupo atravesado por los discursos de la anormalidad, la discapacidad, la enfermedad y el género.

El análisis de la presente problemática cobra importancia a partir de la convergencia de ciertos factores en el contexto actual, como lo son los cambios generados a partir de la década de los setenta con el pensamiento feminista, la diversificación de los roles de género y el surgimiento de políticas de control natal² con la difusión y uso masivo de métodos anticonceptivos, así como los cambios

² Es importante mencionar que las políticas de control natal, a pesar de estar entre las luchas ganadas por el feminismo; ha resultado una medida que forma parte del discurso de la modernidad, que asocia la idea de progreso con la disminución de la natalidad. Por lo cual, más que pensar en el bienestar de las mujeres, se ha implementado como una medida para controlar el crecimiento poblacional, con el fin de que los países del tercer mundo crezcan al economizar sus recursos; lo que convierte al control natal en una vía de control de la sexualidad y de los cuerpos de las mujeres, donde se privilegian los intereses del Estado, sobre los de las ciudadanas. (Castells, 1998; Touraine, 2000).

socioeconómicos que han llevado a más mujeres al ámbito laboral y educativo; lo que ha tenido como consecuencia la disminución de la tasa de natalidad y un control más estricto de la fecundidad de las mujeres (Sánchez, 2003).

A pesar de que esta tendencia pareciera indicar un cambio radical en la forma en que las mujeres viven el ejercicio de la maternidad, es aun imperante en nuestra sociedad la consigna de que debemos tener hijos como principal motivo de realización, lo que ha llevado a que aquellas que no pueden, o no quieren ser madres sean vistas socialmente de forma negativa, ya que tal decisión rompe el orden social tradicional que establece a la maternidad como única forma de realización plena. (Ávila, 2004, Ezcurdía, 2005).

Igualmente, aquellas que no son consideradas por los discursos como aptas para ser madres y que, sin embargo, lo son, son señaladas como anormales, desnaturalizadas, peligrosas y también, son marginadas por ello. Lo anterior se vincula con la gran cantidad de demandas que se hacen a las mujeres que son madres en nuestra cultura y la idealización y normativización de esta función dentro de los discursos tradicionales imperantes, por lo que tal papel solamente se asocia con las mujeres “normales”, debido a que éstas son consideradas suficientemente aptas para desempeñar las funciones de cuidado y reproducción de lo social que se le demandan a la maternidad, actividades a las que se les atribuye un instinto y un saber inherente a lo femenino.

Las mujeres que forman parte de esta investigación, al ser consideradas discapacitadas se encuentran en un lugar marginado con respecto al ejercicio de la maternidad, debido a que socialmente se han construido discursos sobre cómo debe ser una madre, en los cuales se contempla la idea de “normalidad” como un requisito para llevar a cabo las funciones que se le asignan a dicho rol, por lo anterior se les excluye al ser consideradas “anormales”.

Esto explicaría en cierta forma la ausencia de información e investigaciones que den cuenta de los procesos que se gestan en torno al ejercicio de la maternidad y las prácticas de maternaje de las mujeres con discapacidad tanto física como mental, lo que puede estar relacionado con el hecho de que aún gran parte de la sociedad las considera dependientes, asexuadas y con nulas posibilidades de establecer su propia familia (Cruz, 2004).

Según datos del INEGI (2000) en México tres de cada mil habitantes presentan algún tipo de discapacidad mental, de los(as) cuales el 40% aproximadamente son mujeres. Del total de esta población el 20% le debe su discapacidad a una enfermedad. En el caso de la ciudad de México esta misma fuente señala que 3.2 de cada mil habitantes son considerados(as) discapacitados(as) mentales, casi la mitad son mujeres, de este porcentaje en ambos sexos el 17.6% se le considera discapacitado(a) por alguna enfermedad. Estas estadísticas permiten ver que nuestra ciudad rebasa la media nacional tanto de discapacidad mental en general, como en el número de mujeres con ésta. Respecto a las edades de las mujeres de la muestra, tanto a nivel nacional como en el D.F, más del 60% se encuentran entre los quince y los cincuenta y nueve años, el resto se encuentra entre los cero a los catorce y de sesenta a más años³. El promedio de hijos(as) que tienen las personas con discapacidad mental es de 1.1 a nivel nacional y en la ciudad de México es de 0.8 hijos(as)⁴ (INEGI, 2000).

Asimismo, esta información se complementa con estadísticas de la Secretaría de Salud que reflejan que en nuestro país aproximadamente quince millones de personas

³ En el caso de este dato es posible dar cuenta que gran parte de esta población se encuentra en una etapa donde bien ya han tenido hijos o están en proceso de tenerlos en caso dado, para conocer los datos disgregados por edad de forma más específica se puede consultar: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/definitivos/Nal/tabulados/00di01.pdf

⁴ Este dato no está especificado por sexo.

padece algún tipo de trastorno mental⁵. Esta Secretaría registró en 2001, quinientas mil personas con esquizofrenia en todo el país, igualmente se encontró que los episodios depresivos mayores, que pueden corresponder en muchos casos a trastorno bipolar, se dieron en un 7.8%, de los cuales la relación fue de 2.5 mujeres por cada hombre. En el caso de episodios de manía (también ésta puede corresponder a trastorno bipolar) el porcentaje fue de 1.3%, donde la relación fue de 1.2 mujeres por hombre. (Medina y Villatoro, 2005).

Los llamados trastornos psiquiátricos entre los cuales aparecen los trastornos afectivos, como la demencia, esquizofrenia, depresión y otras manifestaciones de la “enfermedad” mental, han ido en aumento, lo que parece responder a cambios demográficos, sociales y económicos. Se pronostica que estas cifras se elevarán en un 29% en los próximos doce años (González, 2005). En el caso específico de la ciudad de México se calcula que aproximadamente el 9% de la población adulta padece trastornos afectivos⁶ (Secretaría de Salud, 2001).

Los datos anteriores revelan que hay menos mujeres a quienes se les considera con discapacidad mental que hombres, pero que en los llamados trastornos afectivos⁷ hay más incidencia en mujeres que en hombres. Fenómeno que algunas investigaciones señalan como reflejo de las construcciones genéricas que se les asignan a las mujeres, al identificarlas con mayores funciones afectivas y con el cumplimiento de papeles que

⁵ Una número importante de los llamados trastornos mentales o psiquiátricos son considerados expresiones de la psicosis, esto desde la perspectiva psiquiátrica e incluso psicológica.

⁶ En este trabajo por trastornos afectivos se entiende toda aquella situación psíquica que manifiesta conflictos emocionales, que pueden ir desde conflictos que genere síntomas, como la depresión que se presenta con diversos matices, hasta manifestaciones de psicosis como la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

⁷ Es importante aclarar la diferencia entre “trastornos” afectivos y discapacidad mental. Los primeros comprenden padecimientos emocionales que afectan el desarrollo integral del sujeto, estos pueden ir desde una distimia hasta padecimientos psicóticos. En el caso de la discapacidad mental comprende un espectro más amplio, tanto padecimientos de carácter psíquico, como fisiológicos que impidan que la persona se integre a los diversos ámbitos de la vida social desde los parámetros considerados “normales”, debido a limitaciones físicas, mentales o psíquicas, lo que implica marginaciones desde los discursos y prácticas sociales hacia estas(os) sujetos.

satisfagan las necesidades de los otros(as), dejando de lado las propias (Burín, 2002, Dio, Bleichmar, 1994 y Granados, 2006).

No obstante, como ya se mencionó, la información estadística existente no da cuenta de las condiciones de vida, ni problemáticas que viven las personas con discapacidad mental, como la fecundidad, la sexualidad, las relaciones de pareja, la vida económicamente productiva, entre otros campos, así como las limitantes que atraviesan a dichos ámbitos. En el caso de las estadísticas sobre “enfermedades mentales” relacionadas a la psicosis desde la postura de esta investigación, no reflejan tampoco qué cantidad de esta población está integrada en actividades productivas, son jefes o jefas de familia, ni qué proporción se encuentran bajo tratamiento, ya sea fuera o dentro de un establecimiento de salud mental. Considero que lo expuesto, refleja una falta de interés hacia las personas nombradas como discapacitadas por parte de los investigadores y de las instituciones encargadas de recabar estos datos.

Asimismo, es interesante observar cómo las estadísticas no contemplan a la psicosis⁸ como parte de las “enfermedades mentales” que causan discapacidad. Los datos hacen relevancia a personas con dificultades de aprendizaje, síndrome de Down, Parkinson, parálisis cerebral (la cual no se debe a cuestiones mentales), entre otros diagnósticos, dentro de las cuales los trastornos psicoafectivos se omiten.

Por su parte, la información del INEGI (2000) no disgrega el sexo en algunas de las cifras que presenta, como es el caso del número de hijos e hijas que tienen las personas definidas con discapacidad mental. Esto permite ver cómo a este sector de la población no se les piensa como figuras parentales, por lo que no se le da importancia a

⁸ Es importante aclarar en esta investigación la psicosis se entiende desde la postura psicoanalítica, donde ésta es una estructura psíquica, que desde la psiquiatría se concibe como todas aquellas “enfermedades” mentales, que causan síntomas que no permiten a la persona ser funcional a nivel mental y emocional, de allí que se consideren trastornos afectivos, que inciden en lo orgánico. En consecuencia en esta investigación cuando se habla de esquizofrenia, trastorno bipolar y demás diagnósticos psiquiátricos, se entenderá como psicosis en el sentido estructural, esto con el fin de no patologizar tales condiciones.

la profundización de dicho ámbito. En suma, la poca indagación de estos datos, refleja la ubicación que estas personas tienen dentro de los discursos y muestra la falta de interés por parte de las investigaciones cuantitativas sobre este sector de la población, reafirmando la importancia de explorar sus experiencias. Tal es el caso del grupo específico sobre el que centré esta investigación, que ha sido omitido en la mayoría de estudios sociales; asimismo, dentro de lo ya abordado sobre el tema de discapacidad, no se han considerado las necesidades particulares de las mujeres con discapacidad mental; siendo doblemente invisibilizadas al verse afectadas por las construcciones de género que las han colocado históricamente en desventaja con los hombres. Es decir, la falta de equidad de género se agrava en el caso de las mujeres con discapacidad mental, donde sus limitaciones se consideran en la medida de sus capacidades y características mentales y psíquicas; lo cual marca su posicionamiento social, el cual establece en consecuencia sus capacidades afectivas.

Al mismo tiempo, el movimiento feminista no ha contemplado dentro de su agenda política, ni en sus investigaciones empíricas y menos aun en sus reflexiones teóricas a este grupo (Morris, 1996). El abordaje feminista ha contemplado diferencias genéricas, sexuales, raciales, étnicas, económicas como variables de las condiciones de los diferentes colectivos de mujeres con respecto a las problemáticas que viven y las construcciones de género que las atraviesan; sin embargo, las mujeres discapacitadas han quedado al margen de estos discursos.

Esta investigación propone aportar, desde los estudios de la mujer y la teoría feminista, una aproximación a los discursos y experiencias sobre la maternidad de un grupo de mujeres discapacitadas, con el fin de conocer cómo las construcciones sociales sobre la maternidad⁹ y las prácticas que ésta conlleva, han incidido en las vivencias que

⁹ Los cuales cobran un gran peso en las relaciones de género y han marcado la presencia de las mujeres en el campo social.

han tenido respecto al tema. Asimismo, busca dar luz a las construcciones que existen sobre la discapacidad y los atravesamientos que el género ha hecho sobre esa condición.

El presente tema es relevante en tanto que, permite vislumbrar las construcciones culturales que cobran vida en los discursos, y a su vez se reflejan en las actitudes cotidianas, en las políticas públicas, en las formas de intervención de la institución médica y psicológica y en la forma en que dichas situaciones ponen en “jaque” a la institución familiar al trastocar y poner en peligro el orden social, tan anhelado por aquellos que detentan el poder.

En suma, este estudio pretende aportar nuevos elementos a las discusiones en torno a la discapacidad y la forma en que ésta se ha convertido en la bandera política de la inclusión de los “diferentes”, sin nombrarles desde sus singularidades y diferencias en relación a otros grupos minoritarios, lo que incita a perpetuar posturas discriminatorias y excluyentes, desde lugares política y aparentemente correctos.

En consecuencia, los temas centrales que guían mi investigación son la categoría género, algunos estudios realizados sobre la maternidad como construcción social y las prácticas que culturalmente se han asignado a ésta, denominadas por algunas teóricas como prácticas de maternaje, así como los debates sobre la discapacidad dentro de los discursos y prácticas sociales, aunado a esto, exploraré las concepciones institucionales sobre la enfermedad mental y las formas en que ésta se controla y se trata a nivel social.

La capacidad biológica de las mujeres para engendrar y parir es el factor más evidente de nuestra diferencia con los hombres y con frecuencia es entendido como el máximo símbolo de la realización personal de toda mujer, requisito indispensable para entrar a la categoría de *mujer plena*, por lo tanto resulta un “deber irrenunciable” que ha marcado un punto clave de la desigualdad social, el cual fue identificado por las feministas de la segunda ola. Lo develaron al poner en evidencia las interpretaciones

esencialistas que igualaban a la biología con el destino y que afirmaban, que si entre los sexos las diferencias anatómicas eran muy claras, a nivel social, político e intelectual, las cosas no podían ser de otra manera (Cobo, 1995, De Barbieri, 1996, Lamas, 1994). Las exigencias de estas mujeres fueron dejar de ser definidas a partir de sus cuerpos y acceder a la esfera pública en igualdad de condiciones que los varones.

Junto con las fuertes críticas feministas en torno a la maternidad vinieron la revolución sexual, la introducción y el uso masivo de los métodos anticonceptivos, lo cual en el último tercio del siglo XX marcó importantes cambios en la situación de las mujeres, que a la fecha se siguen sucediendo. Sin embargo, es importante considerar que dicha influencia no es homogénea pues, aunque importantes sectores de mujeres tienen ahora la posibilidad de elegir si desean tener hijos, cuántos y el momento para hacerlo, esta idea de maternidad libre y voluntaria coexiste con el discurso tradicional que demanda a las mujeres recurrir a la maternidad como único medio de realización.

No obstante, las expectativas sociales no son las mismas para todas las mujeres, pues la construcción y reglamentación social del “ideal de la maternidad” y de las nociones, deseos y experiencias en torno a ella son diferencialmente construidas en función de las circunstancias específicas de clase, etnia, preferencia sexual y condición física o mental en las que éstas se encuentran involucradas.

En el caso de las mujeres con discapacidad, la maternidad les es negada desde los discursos sociales, ya que se les considera inadecuadas para cumplir este papel. Se les infantiliza y en muchas ocasiones victimiza, lo que reafirma el discurso excluyente según el cual estas mujeres no cumplen con las expectativas sobre la imagen de la madre, que se asocia con un cuerpo “saludable”, lo que no las hace candidatas a cumplir con una maternidad suficiente, entendida ésta como la capacidad de dotar con suficiente afecto y cuidados a un hijo(a) para que tenga un desarrollo “normal” e ingrese a la

cultura (Chodorow, 1984, Burín, 2002). Esto ha llevado a que muchas familias y profesionales de la salud opten por esterilizarlas con el fin de evitar su reproducción.

Sin embargo, en relación a esto sería importante pensar en las múltiples posibilidades que pueden existir para estas mujeres, ya que desde mi experiencia clínica hay casos de mujeres consideradas como pacientes crónicas que llegan a procrear y a hacerse cargo de sus hijos(as). También, hay mujeres que transitan hasta la vida adulta sin denotar síntomas psíquicos “alarmantes” y debido a alguna situación específica, manifiestan conflictos que desencadenan una psicosis. Ellas atraviesan otros tipos de procesos que también trastocan múltiples ámbitos de su vida privada y pública, los cuales son intervenidos por la institución de salud mental.

Este trabajo busca conocer dónde se colocan estas mujeres dentro de los discursos de dicha institución, tanto aquellas que han sido madres, como las que no lo son; con el fin de dar cuenta de realidades que han sido poco exploradas en su complejidad.

Todo lo anterior me llevó a preguntarme:

¿Qué discursos y experiencias tienen acerca de la maternidad y el maternaje un grupo de mujeres nombradas como discapacitadas mentales¹⁰?

El abordaje metodológico diseñado para acercarme a la problemática fue pensado desde una mirada que la abarcase desde múltiples ámbitos, lo que derivó en la creación de los tres capítulos que conforman esta tesis.

En el primer capítulo titulado “Género, maternidad y discapacidad mental” presento los debates teóricos en los que me baso con el fin de discutir las concepciones

¹⁰ Recordemos que para este trabajo la noción de discapacidad mental está pensada en mujeres diagnosticadas con psicosis, específicamente mujeres que se encuentran en tratamiento dentro de una comunidad terapéutica y que guardan ciertas características de funcionalidad.

sobre la maternidad, el maternaje, la discapacidad y la enfermedad mental desde una perspectiva de género. Para dejar claros los conceptos que utilizo y las posturas en que éstos se basan he dividido este capítulo en tres, los cuales abordan los temas eje que conforman este estudio, estos apartados son: “Maternidad, maternaje: discursos y prácticas”, “Discapacidad y maternaje” y “La psicosis como discapacidad”.

Para hablar de maternaje y maternidad me he remitido a autoras como Ruddick (1989), Chodorow(1984), Burin(2002), Langer (1990), entre otras.

En cuanto a discapacidad me centro en los debates encabezados por Jenny Morris (1996) y otras feministas inglesas discapacitadas, pertenecientes al movimiento social de la discapacidad, que tienen como referencia el modelo social de la discapacidad, abordaje teórico político que busca pensar la discapacidad como aquellas actitudes y discursos de la sociedad que marginan, discriminan y limitan a los y las sujetos, debido a sus limitaciones físicas, psíquicas o intelectuales. Donde la discapacidad es una construcción social derivada de las actitudes discapacitantes hacia personas que no se ajustan a los patrones socialmente establecidos.

Para explorar el tema de la psicosis, indagué en los discursos psicoanalíticos, basándome fundamentalmente en Lacan (1984), Roland Chemama (2004), Juan David Nasio(1999), Thomas Szasz (2002), entre otros. Asimismo, he recurrido a la perspectiva sociológica y a las críticas hechas a la institución psiquiátrica como medio de coerción que ejerce gran violencia institucional sobre los y las sujetos. Para lo cual me he basado en el pensamiento y propuestas analíticas de Foucault (1976, 1992, 2001, 2001b, 2005).

En el segundo capítulo que lleva por título “Las otras voces sobre la maternidad: exploración en los terrenos de la psicosis y la discapacidad”, abordo las técnicas

utilizadas en función del método elegido para introducirme al campo¹¹. Tal método fue el cualitativo; ya que éste contempla al sujeto de forma multidimensional y me dio la posibilidad de adentrarme en los cuestionamientos que planteo desde una perspectiva transdisciplinaria. Las técnicas que ocupé fueron entrevista a profundidad semi-estructurada y observación participante. La observación duró seis meses, con visitas semanales al espacio de tres veces por semana, con duraciones aproximadas de tres horas. Realicé entrevistas con tres mujeres, dos de ellas madres, las cuales tuvieron duraciones variadas (45 min. a 4 hrs.). A cada una le realicé dos entrevistas. El tiempo de cada entrevista se vio definido tanto por la apertura y disposición de las entrevistadas de compartir sus experiencias, como por las necesidades de contención que surgieron durante éstas, debido a los estados emocionales que provocó el abrir ciertos temas.

En este segundo capítulo también abordé el diseño del dispositivo de intervención donde se explicita la población a la que me avoqué¹². Como parte de dicha intervención, integré dentro de la observación con una de estas mujeres un espacio de asesorías sobre el módulo de secundaria abierta que lleva por título “Sexualidad juvenil”, lo cual permitió abrir el tema de la maternidad. Igualmente, implementé material gráfico, específicamente revistas sobre maternidad. La utilidad de éste fundamentalmente radicó en abrir el tema con la población objetivo, pues tal material refleja las concepciones hegemónicas sobre el tema.

¹¹ Es importante mencionar que el estudio se llevó a cabo entre mujeres que se encuentran en tratamiento dentro de una comunidad terapéutica de asistencia privada diagnosticadas con psicosis que no necesariamente requieren de mantenerse internas, ya que son capaces de interactuar así como ubicarse en tiempo y espacio. Asimismo, una de las mujeres que participó, no se encuentra institucionalizada, sin embargo, lo ha estado y tiene vínculos con este espacio terapéutico, al ser una de sus hijas usuarias de este lugar, ésta última también colaboró en esta investigación.

¹² La población elegida en el caso de la observación participante incluyó a todas las mujeres del espacio, al ser una población reducida, mediante esta observación pude detectar a las posibles entrevistadas; para esto un criterio importante fue su interés por el tema y su estado emocional, ya que no en todos los casos estaban en condiciones de dar una entrevista al no tener contacto con la realidad concreta, o bien por considerar que abrir esta temática podría desencadenar un estado de malestar, que se pudiera salir de mis manos en el contexto de mi intervención.

También abordo el recorrido etnográfico que realicé durante mi estadía en el campo. Posteriormente me adentré en el análisis sobre las relaciones de poder que se ejercen dentro de dicha institución, en el apartado titulado “Me obligaron a venir: relaciones de poder en el ámbito de la salud mental”.

En el tercer capítulo que he nombrado “Experiencias y discursos sobre la maternidad desde la discapacidad” presento los resultados del análisis de las entrevistas que dieron lugar a los siguientes ejes: “Quiero pero me dicen que no puedo: Maternidad y discapacidad” y “Discapacidad y “enfermedad” mental”.

Finalmente presento mis conclusiones, las cuales buscan recapitular la experiencia adquirida en esta investigación, donde salieron a la luz las construcciones de género y las connotaciones que han adquirido sus experiencias en torno a las prácticas de maternaje al ser nombradas como discapacitadas mentales.

CAPÍTULO 1.- GÉNERO, MATERNIDAD Y DISCAPACIDAD MENTAL

1.1 El género en el análisis de las prácticas de maternaje en mujeres con discapacidad.

En las últimas tres décadas del siglo pasado, tuvo lugar la emergencia y consolidación de importantes movilizaciones que dieron paso a transformaciones sociales de gran relevancia, de entre ellas, el movimiento feminista es uno de los que ha tenido mayor impacto en la forma de entender y analizar la sociedad.

El feminismo no sólo ha conseguido llamar la atención sobre la invisibilidad y la ausencia de las mujeres en el mundo público, su subordinación y explotación, si no que ha ido formando un corpus teórico novedoso que ha transformado todos los campos del conocimiento y por ende, ha incidido tanto en los discursos políticos como en las prácticas sociales. (Lau, 2002, p.13)

Este periodo del movimiento feminista, llamado nueva ola o segunda ola, centró su lucha en temas como el aborto, la sexualidad femenina, el trabajo doméstico, la maternidad, la violencia, entre otras problemáticas en la vida de las mujeres (Cano, 1996; Bartra, 2002), es decir, "en esta nueva ola se dio un vuelco significativo, un cambio de fondo en la medida en que se acentuó la lucha por la conquista de la libertad sobre el propio cuerpo" (Bartra, 2002, pp. 45 y 46). Fue en ese momento que el lema "lo personal es político" cobró vida y le dio sentido a la lucha feminista.

"Lo personal es político", significa que las vidas domésticas de las mujeres y las opresiones que padecen tienen que ver con las relaciones de poder, con el poder que detentan los varones sobre éstas dentro de un sistema de privilegios que se llama patriarcado. Los embarazos son cuestión personal pero, a su vez, están relacionados con las políticas públicas, las políticas de salud, las demográficas... y el aborto, igualmente. El feminismo (o los feminismos) representa el enfrentamiento con el sistema patriarcal, es la lucha por destruirlo; tiene su razón de ser porque persigue la transformación económica, política, social, ideológica, psíquica y sexual de las mujeres. (Bartra, 2002, pp.71 y 72).

En los países desarrollados el feminismo de la segunda ola incluyó, junto con la lucha política, producción teórica; sin embargo, fue hasta los años ochenta, que dicho ámbito cobró fuerza, consolidando su presencia dentro de la academia.

Fue en esta etapa, que se acuñó en los medios académicos el género como categoría de análisis¹³. La introducción de la mirada de género a los estudios feministas permitió abordar con más herramientas, problemáticas relacionadas con el papel de las mujeres en la sociedad, dio la posibilidad de cuestionar la subordinación femenina y al mismo tiempo, ayudó a incorporar nuevas ideas para entender la realidad desde diferentes dimensiones considerando otras variables culturales como la étnia, la clase, la casta y yo agregaría, la discapacidad, que dan un enfoque relacional y ayudan a eliminar el esencialismo en el análisis del género (Rico, 1997).

En su acepción más reciente, "género" parece haber aparecido primeramente entre las feministas norteamericanas que deseaban insistir en la cualidad fundamentalmente social de las distinciones basadas en el sexo. La palabra denotaba rechazo al determinismo biológico implícito en el empleo de términos tales como "sexo" o "diferencia sexual". "Género" también resaltaba los aspectos relacionales de las definiciones normativas de la feminidad. (Scott, 1999, p. 38)

Lo que lleva a pensar el género como una categoría de análisis¹⁴, que se torna un elemento central para dejar ver que los discursos, actividades, roles, valores y actitudes que designan y esperan de cada sexo, dentro de contextos culturales particulares, no se derivan de manera "natural" del haber nacido como hombres o mujeres sino que, forman parte de las construcciones sociales que norman la cultura, y que se han encargado de poner a un sexo en desventaja de otro. Esta reflexión ha abierto la posibilidad de cuestionar la realidad social desde una nueva perspectiva que contempla de forma crítica la exclusión de las mujeres de los discursos teóricos, así como de diversos espacios de participación social. La mirada de género se integró a las ciencias sociales

¹³ Es importante mencionar, que antes de que la teoría feminista utilizara esta acepción, la antropología ya había introducido tal categoría; sin embargo, no la integró a las ciencias sociales en el sentido de las construcciones binarias de lo femenino y masculino. La primera disciplina en utilizarla de esta forma fue la psicología. Money en 1955 ya lo había introducido con esa connotación, pero sin dejar clara las diferencias entre sexo y género. Fue Robert Stoller en 1968, quien marca conceptualmente la diferencia entre sexo y género, en los estudios que realizó sobre trastornos de identidad sexual. (Lamas, 1996)

¹⁴ "La introducción de los estudios de género supone una redefinición de todos los grandes temas de las ciencias sociales. El género se torna en una categoría de análisis que recorre todos los ámbitos y niveles de la sociedad." (Cobo, 1995, p.61).

como un elemento central en la investigación, una variable que permitió visibilizar las relaciones de poder que subyacen a los discursos hegemónicos (Molina, 2000).

Para el feminismo y los estudios de la mujer, "el concepto de género es la categoría central de la teoría feminista." (Cobo, 1995, p.55). Sin embargo, éste ha sido entendido de múltiples formas de acuerdo con el momento histórico y a los diversos enfoques de las estudiosas que han reflexionado y escrito al respecto.

A mediados de los setenta, la antropóloga Gayle Rubín (1996)¹⁵ introdujo por primera vez el término sistema sexo-género en su artículo *El tráfico de mujeres: Notas sobre la "economía política" del sexo*, en el cual, da varias definiciones de dicho término y explica que las construcciones sociales del género y la sexualidad biológica no se encuentran separadas, es decir, género y sexo se entrelazan y son indisolubles.

Expone que el sistema sexo/género implica disposiciones por medio de las cuales, las construcciones sociales manipulan la sexualidad biológica y la procreación como cuestiones que conllevan ejercicios determinados, justificados por lo biológico, los cuales se producen de una forma convenida según la cultura. A pesar de que Rubín no esclarece el concepto de forma amplia, su escrito resultó fundante dentro de la teoría feminista y dio paso a la discusión y construcción del término.

A partir del trabajo de Rubin, muchas autoras se han dado a la tarea de aportar nuevos elementos para definir la utilidad de la categoría, sin embargo, también ha emergido un error significativo en su uso, al aplicarlo como sinónimo de mujeres (De Barbieri, 1996), ya que desdibuja la complejidad de las construcciones de género, asimismo atenúa los efectos que causa el que una investigación se ubique abiertamente desde el feminismo. "En esos casos, el uso de género busca subrayar la seriedad

¹⁵ El título original en inglés "The Traffic in Women: Notes on the "Political Economy of Sex", publicado en Rayna Reiter (comp). *Toward an Anthropology of Women*, Monthly Review Press, Nueva York, 1975. La versión que se reproduce en la referencia citada, es una traducción de Stella Mastrangelo, que apareció en Ludka de Gortari (coord.). *Nueva Antropología. Estudios sobre la mujer: problemas teóricos*, Conacyt y UAM Iztapalapa, 1986. La referencia que se hace aquí de este texto, se encuentra en la Bibliografía.

académica de una obra, porque género suena más neutral y objetivo que mujeres" (Scott, 1999, p. 42). Tal modalidad propicia que las mujeres quedemos invisibilizadas una vez más de las aproximaciones teóricas de problemáticas en las que estamos inmersas. Lo que da como resultado que se refuncionalice una categoría teórica, con el supuesto afán de incluir a todas las poblaciones, empañando su trasfondo teórico-político. Un ejemplo de esto es el cómo a últimas fechas los estudios de género han buscado dirigir su mirada a la inclusión de los hombres, con lo cual se intenta esclarecer lo que las mujeres somos o no en función de éstos. En respuesta a esta situación, es importante que desde los feminismos se reivindique la categoría género como un abordaje teórico que precisamente trata de desarmar y criticar los modelos hegemónicos, que la cultura y la academia se han esforzado en perpetuar.

En esta acepción, el género no comporta una declaración necesaria de desigualdad o de poder, ni nombra al grupo oprimido (hasta entonces invisible). Mientras que historia de mujeres proclama su posición política al afirmar que las mujeres son sujetos históricos válidos (contrariamente a la práctica habitual), género incluye a las mujeres sin nombrarlas y así parece no plantear amenazas críticas. (Scott, 1999, p. 42)

En esta investigación, pretendo ubicar el término género como una categoría analítica que ha permitido a la teoría feminista combatir la escasez e inconsistencia teórica para explicar la constante desigualdad entre hombres y mujeres, en el caso de la población aquí estudiada, las construcciones de género son agravantes de las desventajas sociales en las que se encuentran. Para mirar esto, la propuesta de Joan Scott sobre género resulta muy pertinente, ya que lo define como:

[...] un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos; y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. Los cambios en la organización de las relaciones sociales corresponden siempre a cambios en las representaciones de poder, pero la dirección del cambio no va necesariamente en un sentido único. (1999, p. 61)

Scott (1999) habla aquí de las diferencias entre los sexos, las cuales constituyen en gran medida las relaciones sociales y de poder, donde el género aparece como un eje de éstas, en relación a lo anterior me parece fundamental esclarecer la mención que hace sobre la diferencia sexual como parte constitutiva del género, es decir, como conceptos recíprocos. Judith Butler plantea que:

[...] la diferencia sexual nunca es sencillamente una función de diferencias materiales que no estén de algún modo marcadas y formadas por las prácticas discursivas...La categoría de "sexo" es, desde el comienzo, normativa; es lo que Foucault llamó un "ideal regulatorio". En este sentido pues, el "sexo" no sólo funciona como norma, sino que además es parte de una práctica reguladora que produce los cuerpos que gobierna... De modo tal que el "sexo" es un ideal regulatorio cuya materialización se impone y se logra(o no) mediante ciertas prácticas sumamente reguladas... las normas reguladoras materializan el "sexo" y logran tal materialización en virtud de la reiteración forzada de esas normas. Que esta reiteración sea necesaria es una señal de que la materialización nunca es completa, de que los cuerpos nunca acatan enteramente las normas mediante las cuales se impone su materialización [...] (2002, 17 y 18).

Con esto Butler (2002) deja claro que la diferencia sexual no se limita a lo biológico, ya que sobre lo biológico reposan discursos normativos que asignan construcciones genéricas, determinadas por el orden social. Lo que deja ver que alrededor de los cuerpos sexuados se construyen estereotipos de género que van a dar forma particular a la vivencia de cada sujeto. Es decir, el sexo, no se puede pensar como algo dado únicamente por la biología que está exento de atravesamientos culturales, sino como parte fundamental de las construcciones de género. En otras palabras, el género abre la posibilidad de conocer los significados que culturalmente se otorgan a la diferencia de los sexos, con el fin de comprender las relaciones humanas que de esto se desprenden.

Otro elemento que me será de gran utilidad para abordar el análisis que haré de las construcciones de género en las características del maternaje en mujeres con discapacidad mental, es la definición que hace Scott, de los elementos que comprenden la categoría género. El primero son los símbolos que culturalmente representan diversos significados, en ocasiones divergentes entre sí, otro elemento son los conceptos

normativos que limitan los significados de los símbolos, el tercer aspecto conlleva el pensar y desconstruir la noción binaria del género, el último elemento es la identidad subjetiva del género (Scott, 1999, p.p. 61-63), estos cuatro elementos se encuentran relacionados entre sí, y resultan de vital importancia en esta investigación, ya que retoman las construcciones que reposan en la simbolización del género y por consecuencia en los significados sobre la maternidad y su ejercicio en mujeres consideradas con una discapacidad mental; sin embargo, a pesar de que esta definición aborda elementos transversales del concepto género, hay elementos que no se tratan de forma minuciosa.

Teresita de Barbieri (1996) menciona que, una de las cosas que le falta contemplar a la teoría de Scott radica en la importancia de la división sexual del trabajo, la cual yo recupero siguiendo a Chodorow (1984, p.13) quien señala que la maternidad es un elemento universal y perenne en la división sexual del trabajo.

En suma, los componentes del género señalados son muy importantes para abordar la reflexión que corresponde a mi tema de investigación, ya que la práctica del maternaje como una actividad asignada históricamente a las mujeres, sustentada en características biológicas asociadas a la "naturaleza" marca de forma trascendental la vida de las mujeres.

Junto a lo anterior es importante considerar otras variables sociales que interfieren en la conformación de los géneros, como lo son etnia, clase, raza, edad y también la discapacidad, que establecen diferencias y desigualdades, no solo entre hombres y mujeres, sino entre grupos de mujeres y hombres pertenecientes a los diversos grupos sociales. Es por esto que "aunque la estructura de la sociedad sea patriarcal y las mujeres como género estén subordinadas, los hombres y las mujeres de un mismo rango están mucho más cerca entre sí que de los hombres y las mujeres con

otro estatus" (Lamas, 1996, p. 123). Esto es claro en el caso de las mujeres con discapacidad, quienes se encuentran en condiciones muy dispares de las de otras mujeres de su misma etnia y clase, debido a la forma en que se les mira por las diferencias que las ubican en el estatus de discapacitadas. Esta problematización del género permite entender el lugar que tienen en los discursos por su condición de mujeres discapacitadas, lo que las coloca en otra posición con respecto a la maternidad y sus prácticas.

1.2 Maternidad, maternaje: discursos y prácticas

Dentro de las discusiones feministas, la maternidad y las prácticas que ésta conlleva han sido temas ampliamente estudiados, generando múltiples debates, ya que dentro de los discursos patriarcales se han concebido como un deber asignado "por naturaleza" a las mujeres.

En este sentido, los estudios de las mujeres y la teoría de género han dejado claro que la maternidad no es una cuestión instintiva, que deba ser el objetivo de la vida de todas las mujeres (Chodorow, 1984, Burfn, 2002, Badinter, 1991).

No obstante, la maternidad es una institución que se ha concebido de formas distintas a lo largo de la historia. Es por esto que considero importante contextualizar en este estudio la figura de la madre en occidente, dentro de los discursos dominantes, que han contribuido a que las mujeres debido a la posibilidad de ser madres, estén en desventaja genérica.

Las concepciones actuales sobre la maternidad en occidente tienen su origen en la Ilustración que tuvo lugar en Europa occidental.

En el último tercio del siglo XVIII se produce una especie de revolución de las mentalidades. La imagen de la madre, de su función y de su importancia, sufre un cambio radical, aun cuando en el terreno de los hechos las conductas no secundan con facilidad ese cambio [...] Le crean a la mujer la obligación de ser ante todo madre, y engendran un mito que doscientos años más tarde seguiría más vivo que nunca: el mito del instinto maternal, del amor espontáneo de toda madre hacia su hijo. (Badinter, 1991, p.117)

Con el surgimiento del Estado moderno, se dio prioridad a la necesidad de preservar la vida, la cual fue considerada un recurso que contribuía a aumentar las riquezas del Estado.

Como consecuencia surge la demografía como ciencia, la cual le toma importancia a la población y la contempla como materia prima del Estado, tanto laboral como militar. Esto llevó a que se promoviera y exigiera una transformación en los cuidados que se les brindaban a los y las infantes. De entrada se propuso que fueran las madres, y no las nodrizas las que se hicieran cargo de la crianza de los(as) niños(as); ya que anteriormente éstas últimas eran quienes cuidaban a las y los menores, devolviéndolos(as) a la casa familiar pasada la primera infancia. Tal situación implicó una alta tasa de mortalidad infantil, o bien secuelas de enfermedades que restaban calidad de vida a los y las sujetos. Para poder instituir que el cuidado antes encabezado por las nodrizas pasara a las madres de forma efectiva, se difundieron varios discursos, los cuales fueron el económico, un discurso filosófico dirigido a ambos sexos y uno dirigido específicamente a las mujeres (Badinter, 1991).

En relación a esto, las motivaciones económicas no resultaban suficientes para alentar a las mujeres al cuidado escrupuloso de sus hijos e hijas. Este convencimiento se introdujo con el discurso del amor. "La filosofía de las Luces difundió dos grandes ideas complementarias, que en una u otra medida favorecieron el desarrollo del amor y de su expresión: las ideas de igualdad y de felicidad individual." (Badinter, 1991, p. 132).

De esta manera la hasta entonces, nada valorada actividad de crianza se comenzó a difundir como una labor noble, que prometía a las mujeres acceder a bondades de las que se les había privado, como lo eran el tener reconocimiento social, realizando una

actividad que se comenzó a considerar de suma importancia para el crecimiento y consolidación de la sociedad.

Moralistas, administradores y médicos pusieron manos a la obra y desplegaron sus argumentos más sutiles para convencerlas de que volverían a sentimientos mejores y de que «volvieron a dar el pecho»... Inconscientemente, algunas de ellas adivinaron que al producir ese trabajo familiar necesario para la sociedad, adquirirían una importancia considerable, que la mayoría de las mujeres no había tenido nunca. Creyeron en las promesas y pensaron que ganarían derecho de ser respetadas por los hombres y de ser reconocidas en su utilidad y especificidad. Por fin les tocaba una tarea necesaria y «noble», que el hombre no podía o no quería asumir. Un deber que sería además la fuente de la felicidad humana. (Badinter, 1991, p. 118 y 119)

Uno de los discursos que cobró mayor fuerza, para justificar el nuevo papel de las mujeres fue el basado en el pensamiento de Rousseau, quien principalmente en su obra "Emilio o de la educación", publicada en 1762, plantea que es obligación de las mujeres cuidar a los hombres, por lo que en consecuencia de éstas dependen sus cuidados, educación y costumbres.

Rousseau imaginó a Sofía como la mujer ideal, esposa de Emilio. Para el autor la mujer es por "naturaleza" débil y pasiva, debe complacer al hombre, ya que para eso está hecha. Propone el encierro de las mujeres, considera que éstas se deben encargar del gobierno de la casa, lo que implica que no deban involucrarse con asuntos externos. El autor hace analogías entre la madre y la monja, quienes tienen en común la reclusión y el sacrificio, características que encumbran el ideal femenino para este pensador¹⁶.

Así, la noción de la maternidad y del lugar de las mujeres en la reproducción social¹⁷, las adscribió al espacio doméstico, "las mujeres que escapaban de tales circuitos

¹⁶ Rousseau no fue el único en emitir este tipo de discurso en relación al "destino" y "naturaleza" de las mujeres, Balzac y Michelet también describieron a la madre ideal y a la mujer ideal con características muy similares a las descritas por Rousseau, sin embargo, este último es el más representativo de la época. Este pensamiento evoca los albores en occidente del amor maternal como algo instintivo, y la maternidad como un deber "natural" de las mujeres (Badinter, 1991).

¹⁷ En este sentido los cuerpos de las mujeres se tornaron espacios útiles de reproducción, los cuales además de procrear, se volvieron el eje productor de los cuidados vitales, lo que dio paso a lo que privado se diferenciara claramente de lo público y que el Estado se deslindara de este tipo de cuidados, adjudicándolos a las mujeres como su deber y obligación. Para esto se establecieron parámetros de normalidad y utilidad para los cuerpos, lo que fue estratificándolos. Esto ha tenido como consecuencia que en el imaginario, una mujer que no pueda tener hijos, o que bien no se le considere apta para cuidarles tenga un estatus distinto a otra que si puede ser madre (Badinter, 1991, Burín, 2002).

familiares, por haber quedado solas, o bien por rebelarse al orden familiar patriarcal imperante, eran aisladas como enfermas mentales, alienadas desujetadas del orden social." (Burín, 2002:69).

En este nuevo orden social las funciones afectivas de las mujeres se concibieron como una parte inherente a ellas. Se restringió la sexualidad femenina limitándola a la reproducción y el goce de la sexualidad se transformó por el goce maternal, por lo mismo, quienes no querían o no podían ejercer estas funciones (madres, esposas y cuidadoras) se les marginaba y se les miraba como "locas", por no querer perpetuar los mandatos culturales. Dentro de los discursos sobre la locura, han sido las mujeres particularmente estigmatizadas desde juicios morales, al ser señaladas por sus conductas como "locas" o "enfermas". Esto denota que la "locura" conlleva connotaciones genéricas; lo cual se relaciona con la imposibilidad de ser determinado tipo de mujer.

En consonancia con la gestación de la familia burguesa, la locura comienza a ser aprehendida oscuramente como un desorden en el seno de las familias [...] Las "locas" eran aisladas en hospicios, segregadas de la sociedad, como extrañas a la sociedad que las había generado y que ahora las expulsaba: eran las alienadas. Siguiendo la propuesta de Foucault diríamos que la misma sociedad del siglo XVIII va creando las condiciones materiales de existencia por las cuales genera contradicciones dentro de su sistema: a la moral matema de las mujeres "sanas" dentro de la familia burguesa, se contrapondrá la inmoralidad de las mujeres "locas" que no participan en ese circuito de producción-reproducción." [...] la internación en hospicios de las "locas" y todo el régimen policíaco que lo rodea, sirve para controlar también cierto orden de la estructura familiar, que se establece como regla social y como norma de la razón, al quedar asociada la sinrazón de las mujeres al ejercicio de una sexualidad transgresora. (Burín, 2002, p.70).

Estas connotaciones de locura en las mujeres, como parte de las construcciones genéricas, se legitimaron más adelante por medio de los discursos científicos de la psiquiatría y la psicología, los cuales formaron parte de la construcción del ideal materno y la justificación de por qué estas mujeres no eran aptas para tal labor. Esta mirada clínica tan recalcitrante, busca acallar los malestares que la cultura produce en los cuerpos de las mujeres, justificándolos en cuestiones ajenas a los discursos, e inherentes a la "naturaleza" femenina.

Dichas concepciones forman parte de las construcciones de género del sistema patriarcal, que contextualizan el origen histórico del lugar que se les ha asignado a las mujeres con discapacidad mental, que son interés de este estudio.

No obstante, en los últimos años, con la revolución sexual, el movimiento feminista, el cambio de las condiciones socioeconómicas, entre otras transformaciones sociales, demandaron la entrada de las mujeres al ámbito público de forma masiva (ámbito laboral, académico, político, etc.), tales cambios han modificado muchos de estos principios sobre la maternidad, lo que ha permitido en algunos sectores sociales, que estos discursos tengan menor peso, sin embargo, esto también ha acarreado para muchas dobles jornadas de trabajo (Langer, 1990).

El ejercicio de la maternidad por parte de las mujeres no es un hecho universal invariable en todas las culturas. Aunque son las mujeres, y no los hombres, los que tienen la responsabilidad primordial de los niños, muchos rasgos de esta responsabilidad son cambiantes. La organización familiar, el cuidado de los niños y las prácticas de crianza - y las relaciones entre el cuidado de los niños y las otras responsabilidades femeninas - cambian particularmente en respuesta a los cambios en la organización de la producción. El rol de las mujeres, tal como lo conocemos hoy, es un producto histórico. El desarrollo del capitalismo industrial en occidente alteró el rol de la mujer en la familia y lo convirtió en algo preferentemente vinculado a las relaciones personales y la estabilidad psicológica. El ejercicio maternal es un rol de base eminentemente psicológica. Consiste en la experiencia psicológica y personal del *self* en relación con el niño o los niños (Chodorow, 1984, p.54.)

Estos cambios han permitido que el ejercicio maternal ya no sea en algunos sectores un trabajo exclusivo de las madres biológicas, lo que ha llevado a que muchos hombres compartan estas labores, asimismo, estos cambios han propiciado que para muchas mujeres las expectativas de vida no se reduzcan al desempeño exclusivo de la maternidad y el trabajo doméstico.

Por otro lado junto con estas transformaciones, algunos ámbitos científicos contribuyen a legitimar los discursos tradicionales, lo que permite que permanezcan en prácticamente todos los sectores sociales. Esto ha llevado a que las disciplinas como la medicina y psicología justifiquen desde lo biológico la importancia de la función de la madre

tradicional, lo cual ha propiciado que a nivel teórico se siga pensando en la madre como una figura central para la crianza, como resultado, la responsabilidad sobre dicha labor sigue recayendo en las mujeres. (Adams, 1992, Chodorow, 1984).

"La psicología post-freudiana y la sociología han propuesto nuevas racionalizaciones que permiten idealizar y reforzar el rol maternal de las mujeres y, al mismo tiempo, han destacado la importancia crucial de la relación madre-hijo en el desarrollo del niño." (Chodorow, 1984, p. 16)

Autores como Rene Spitz (1965), Margaret Mahler (1987) y Donald Winnicott (1965), entre otros han señalado la gran importancia de la figura materna en la primera etapa de la vida del infante, coinciden en que la forma en que la madre demuestre sus afectos por el niño o niña, va a determinar en gran medida su devenir psíquico, del cual dependen las herramientas por medio de las que podrá hacer frente a sus futuros vínculos.

Spitz (1965) en su obra "El primer año de vida del niño" hace hincapié sobre la relevancia del amor maternal:

Lo que hace que esas experiencias sean tan importantes para el niño es el hecho de estar entrelazadas, embellecidas y coloreadas con el afecto maternal; y el niño responde a este efecto afectivamente. Esto es esencial en la infancia, pues a esa edad los afectos son de una importancia muchísimo mayor que en cualquier otra época posterior a la vida. Durante estos primeros meses, la percepción afectiva y los afectos predominan en la experiencia infantil, excluyendo en la práctica a todos los demás modos de percepción [...] Por eso la actitud emocional de la madre, su afecto servirá de orientación a los afectos del infante y conferirá a la experiencia de ésta la calidad de vida [...] (1965, p.84).

Por su parte Mahler (1987) describe la relación de la madre y el bebé como una relación casi simbiótica, donde madre e hijo(a) se encuentran en una diada, en la que están relativamente aislados del medio que los rodea. La autora afirma que en esta etapa la necesidad del niño por la madre es casi vital, ya que al mamar del pecho de la madre, no reconoce en éste todavía a un órgano separado de él.

Winnicott (1965) define a la madre como un yo auxiliar, ya que el recién nacido tiene un yo rudimentario. Este psicoanalista concibe el amamantamiento como un rapport emocional del

cuidado de la madre, lo cual implica una forma de simbiosis social. Dice que esta relación de dependencia permite la organización del sujeto, para la emergencia del yo. Considera que de no ser así surgiría un falso *self*, lo cual significaría que el infante adoptara funciones de la madre y así se vería según el autor, mermado el rol de ésta.

Sobre lo anterior considero que es interesante rescatar el hecho de que estos autores dan por sentado que la madre como parte de su función amamantará al bebé y por medio de este ejercicio de alimentación definido por su biología, se crea el vínculo originario que devendrá en una alargada función del ejercicio maternal. Además, es interesante observar que para los tres autores, el padre está completamente ausente en esta parte de la crianza, que definen como crucial en la estructuración psíquica del bebé; aunado a esto se olvidan de las figuras maternas no biológicas que con frecuencia suplen la función por otros medios. Dichas explicaciones, justifican "científicamente" las posturas de los Ilustrados, pero sobretodo buscan perpetuar el orden social de género, que ubica a las mujeres como únicas responsables de la crianza de las(os) hijas(os), labor que "deben cumplir" exitosamente para ser consideradas mujeres "plenas" y "normales".

Asimismo, dentro de sus respectivas descripciones de la relación madre-infante, describen lo que sería la "maternidad suficiente", ya que para poder cumplir con estos requerimientos psico-afectivos, la madre debe contar con posibilidades psíquicas de ejercer esta función. Es decir, la función de la madre sobresale como la de que convierte en persona al infante.

Cabe señalar que no todas las posturas del psicoanálisis coinciden con esto. Como ejemplo tenemos la escuela francesa, que se ubica dentro de una visión post-moderna, post-estructuralista, que basa su discurso en el análisis del lenguaje y ve la función materna como simbólica, es otras palabras, como una función que tanto hombres como mujeres pueden llevar a cabo. (Lacan 2005; Castoriadis Aulagnier 1977)

En relación a lo anterior retomaré la idea de maternaje o ejercicio maternal que ha sido descrita y trabajada por diversas autoras como Sara Ruddick (1989) quien distingue maternidad biológica de maternaje; este último lo define como un conjunto de actividades en proceso y organizadas que requieren disciplina, en tanto que el embarazo sólo lo define como un estado físico. Es decir, el maternaje requiere de un pensamiento premeditado y más elaborado, a diferencia del embarazo, que parece solamente requerir condición física específica. El ejercicio maternal implica un trabajo, que se puede llevar a cabo en diversas etapas de la vida, bajo diversas circunstancias socio-culturales, a la que se le puede dedicar tiempo variable, por lo que como consecuencia resulta una práctica que pueden ejercer personas de cualquier sexo y género; sin embargo es una actividad que históricamente se ha designado a las mujeres (Basin, Honey y Kaplan, 1994).

Estas prácticas tienen variaciones según el estrato socioeconómico, grupo étnico, entorno cultural, el tipo de familia (extendida, nuclear, monoparental, etc), prácticas religiosas, entre otros factores que incidan en la forma de construir el ser madre. Sin embargo, en el contexto de occidente, a pesar de todas estas variantes, Nancy Chodorow (1984) explica lo siguiente:

El ejercicio maternal femenino, como rasgo institucionalizado de la vida familiar y de la división sexual del trabajo, se reproduce cíclicamente. En su transcurso contribuye a la reproducción de aquellos aspectos de la sociología sexual de la vida adulta que provienen de y se relacionan con el hecho de que las mujeres son las que ejercen la maternidad [...] Las capacidades de las mujeres para el ejercicio maternal y para gratificarse con el están fuertemente internalizadas y reforzadas psicológicamente; se han desarrollado e incorporado progresivamente en la estructura psíquica femenina, (pp. 62 y 63).

Esta autora explica el ejercicio maternal, desde la postura psicoanalítica, como un rasgo que permite justificar la división sexual del trabajo, que es internalizado por las mujeres como un hecho natural, favoreciendo la reproducción y el mantenimiento de las desigualdades.

Es en ese sentido que Chodorow considera que el factor principal de la subordinación en las mujeres es la reproducción; lo cual se consolida al ser las mujeres las que

ejerzan la maternidad, por lo que la autora considera que esto hace que se produzca una subordinación psíquica en la niña, que se expresa en la feminidad.

Si bien, como lo señala Chodorow, la división sexual del trabajo es una de las principales justificaciones del lugar de subordinación de la mujer, no es la única como lo señala Rubín (1999), quien pone énfasis en las relaciones de parentesco, como una de las formas de subordinación de las mujeres. La propuesta de esta autora plantea que para que las relaciones genéricas y la división sexual del trabajo cambien, el ejercicio del maternaje deberá ser compartido por padre y madre, lo cual llevará a que se de una transformación en la experiencia edípica¹⁸.

Considero que en efecto, esta transformación podría ayudar a cambiar dicha dinámica en la reproducción social, mas éste no es el único elemento del origen de la subordinación de los sexos ya que dentro de la socialización del infante, los discursos de las instituciones sociales trastocan las experiencias personales vividas en el seno familiar. Por otro lado, las experiencias edípicas se capitalizan de forma inconsciente y con particularidades específicas, lo que no garantiza que al haber un trabajo de maternaje equitativo entre hombres y mujeres las significaciones de las construcciones genéricas cambien unidireccionalmente a favor de la abolición de la subordinación de éstas últimas, aunque es importante reconocer que la democratización familiar favorece la desmitificación de roles, así como tratos más igualitarios y equitativos entre hombres y mujeres; sin embargo como ya se mencionó, es una problemática multicausal y atribuir únicamente la subordinación de los sexos a un solo factor, o resaltarlo como el de mayor peso, resultaría reduccionista.

¹⁸ Con referencia a experiencia edípica se hace alusión al concepto psicoanalítico de Complejo de Edipo, el cual plantea características universales en los vínculos que se establecen en la relación entre hija(o), madre y padre. Este triángulo resulta para autores como Freud (1978) y Lacan (2005) un elemento primordial en la estructuración psicosexual de todo sujeto, ya que según dichos teóricos, de tal complejo se desprenden características posteriores de la vida y estructura psíquica de los sujetos, que marcarán de forma definitoria los vínculos afectivos y sociales.

No obstante, la obra de Chodorow tiene aportaciones importantes que retomaré para este estudio. Pone de manifiesto desde la mirada feminista lo ya aportado por Lacan (1984), en torno a que la función "madre" es simbólica, y puede ser ejercida por otras personas además de la madre biológica o una figura femenina, sin que esto impacte de forma negativa a los hijos e hijas.

Parveen Adams (1992) considera que Chodorow privilegia lo social y no toma en cuenta las concepciones psicoanalíticas de deseo e inconsciente, en relación a la diferencia sexual, la critica con el argumento de que no considera lo enunciado por Freud sobre la realidad psíquica¹⁹:

El concepto de realidad psíquica de Freud establece un ámbito psíquico que no tiene la pretensión de determinar el ámbito social. Las normas sociales siguen estando abiertas a discusión y el feminismo ha de preocuparse por la cuestión del establecimiento de diferentes normas, menos desventajosas para las mujeres. Pero algunas feministas han manifestado grandes pretensiones sobre los efectos *psíquicos* de esos cambios sociales. Y lo han hecho a costa de no tener en cuenta el concepto freudiano de realidad psíquica y de hacer de lo social un factor determinante de lo psíquico. Esta clase de simplificación del problema de la relación de lo social con lo psíquico está ejemplificada a la perfección en *El ejercicio de la maternidad* de Nancy Chodorow, en donde se privilegia lo social, evitando los conceptos de deseo y de inconsciente en relación con la diferencia sexual. (Adams, 1992, p. 193).

Asimismo, señala que la autora de *El ejercicio de la maternidad* no contempla el complejo de Edipo como una etapa constitutiva de la diferencia sexual, que se concreta por la intervención del padre simbólico, sino lo vislumbra como un efecto psíquico que deviene en dependencia o independencia que desenlaza en la subordinación femenina.

Igualmente critica que proponga como solución, que los cambios sociales transformen los periodos preedípicos y edípicos, lo que señala la autora como la abolición de la explicación psicoanalítica de la diferencia sexual, con lo que reitera que lo psíquico, en la explicación de Chodorow mantiene su autonomía con respecto a lo social.

¹⁹ Por realidad psíquica se entiende el "principio que rige el funcionamiento psíquico y corrige las consecuencias del principio del placer (satisfacción por los caminos más cortos) en función de las condiciones impuestas por el mundo exterior." (Roland Chemama, 2004, p.583.)

En suma y siguiendo a Adams, considero que Chodorow no contempla la historicidad y particularidad de los vínculos psíquicos y que utiliza la teoría psicoanalítica de forma arbitraria para aplicarla a lo social, sin embargo, a pesar de dichas ambigüedades, esta autora permite vislumbrar las prácticas de maternaje como prácticas con profundos atravesamientos psíquicos que perpetúan la repetición de este rol en las mujeres, y que garantizan la reproducción social. Este último punto, lo rescato en los análisis que efectué en esta investigación.

En el mismo sentido Mabel Burín (2002) explica el maternaje desde el psicoanálisis, como una función psíquica que auxilia al bebé en su proceso de estructuración psíquica, esta labor la describe como el "otro trabajo invisible", le da esa connotación debido a que es un trabajo que en la generalidad lo realizan las mujeres y que sólo se hace visible cuando el infante en cuestión presenta "anormalidades" dentro de las evaluaciones médicas y en su desarrollo social, es decir, cuando "se hace mal". Al igual que Chodorow, esta autora ve en el maternaje un trabajo psicológico.

El "otro trabajo invisible" es el que realiza el aparato psíquico de la persona que realiza la labor de maternaje, y que *consiste en una serie de prestaciones yoicas diversas*, puestas en juego con carácter de necesidad y en forma permanente; tales prestaciones yoicas son las que realiza el Yo materno para lograr que el infante humano devenga en sujeto psíquico [...] Por otra parte, la persona que realiza la labor de maternaje debe colocar su *Yo al servicio de una regresión transitoria*, que le permita mimetizarse con las necesidades de la criatura, de identificarse con ella para comprenderla, para ponerse, como diría Winnicott (1972), "uno a uno con las necesidades del bebé" (Mabel Burin, 2002, p. 112).

Más adelante Burín señala las demandas que el bebé hace a la madre, y que forman parte de la labor del maternaje:

El infante humano impone al Yo materno la necesidad de saciar tres tipos de hambres: hambre de alimentos, hambre de estímulos y hambre de afectos (Bowly, 1965). El aparato psíquico de la persona que realiza la labor de maternaje se encuentra ante la tarea de reducir las tensiones intrapsíquicas, y de mantener cierta armonía, no sólo de sí misma, sino también de esa criatura que depende tanto de quien realiza el hecho maternal; esto, según nuestro modelo cultural, que propone un modo de crianza infantil ubicado predominantemente en el seno de la familia nuclear [...] El hecho maternal al cual nos referimos, requiere la presencia del deseo amoroso, bajo la forma particular del amor narcisista, como deseo que propicie el establecimiento de ligaduras y armonías crecientes. (2002, p. 113).

Lo anterior permite ver cómo estas prácticas desde ciertos abordajes con una perspectiva psicoanalítica exigen características psíquicas que permitan la llamada "maternidad suficiente", con el fin de no psicotizar al infante. En relación a esto, a pesar de dichas características que implican cuidados y afecto, las consideraciones de salud psíquica y viceversa son relativas, puesto que dichos criterios cambian en función del contexto socio- histórico, por lo que ninguna práctica puede garantizar la "normalidad"

Lo anterior me parece fundamental, ya que da cuenta de la particularidad de los vínculos madre-hijo(a) y de las múltiples posibilidades que estas prácticas abren en el devenir de los(as) sujetos, lo que me permite pensar la complejidad de este vínculo y las grandes diferencias que encontré en las historias de mujeres que tienen en común el ser discapacitadas mentales.

Entre las mujeres en las que se centrará este estudio, se dan casos en los que transcurre su vida en lo que se determina "normal" y en algún momento sobreviene un brote psicótico que las limita a poder seguir ejerciendo las funciones de maternaje, por lo que requieren de alguien que las auxilie. Asimismo, existen casos en que casi todas sus vidas han transitado como pacientes psiquiátricas y que han sido madres, o bien mujeres con este mismo diagnóstico que no han tenido hijos(as) por diferentes circunstancias, una muy común es el control que la familia y los profesionales de la salud hacen de su sexualidad, como consecuencia de su "enfermedad".

Una problemática a mi parecer importante son las connotaciones morales que se le llegan a dar a estas mujeres que son madres, ya que en ocasiones los discursos las señalan como "malas madres", apreciación plagada de prejuicios.

Considerando lo anterior, me interesa rescatar cómo los discursos médicos y los saberes *Psi* se han encargado de describir esta relación desde la idea generalizada en torno a la incapacidad de las mujeres con discapacidad de criar a sus hijos(as), así como de las

consecuencias que trae para los(as) últimos(as); sin embargo, creo que es importante dar cuenta de cómo ellas vivencian estas prácticas que en algún momento ejercieron y que por su situación se ha visto limitada, restringida o anulada.

En estos casos, me interesa dar cuenta de qué sucede en dichas relaciones, entre las mujeres que forman parte de la presente investigación, ya que sus prácticas de maternaje son mediadas por la institución médica y por las personas que las atienden, por lo general familiares cercanos. Este control de los vínculos se ve marcado por su diagnóstico y por los temores de las consecuencias del acercamiento de estas mujeres con sus hijos(as), en el caso de que éstos sean menores.

1.3 Discapacidad y maternaje

El recorrido anterior, me ha permitido identificar la importante influencia que los discursos en torno a la maternidad ha tenido en la definición del "ser mujer". Es importante en este punto, mirar cómo esta díada mujer-madre, no se dirige de la misma forma a todas las mujeres, pues como ya mencioné se demandan determinadas características ligadas a las "normalidad" que inciden en características psíquicas y físicas específicas.

Considerando el tema que me ocupa, la salud mental de las mujeres es uno de los factores que despiertan más polémica cuando se habla del ejercicio de la maternidad.

Por salud mental retomaré lo que dice la Organización Mundial de la Salud: "la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; y el logro del grado más alto posible es un objetivo social de mayor importancia."(OMS, 2007).

Tal noción, contrasta con la definición que este mismo organismo da sobre la discapacidad: "Término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones

en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con la condición de salud y sus factores contextuales" (CIF, 2006).

Es decir, esta noción asocia la discapacidad con un estado perpetuo de enfermedad y en ese sentido, la psicosis puede ser considerada como una forma de discapacidad mental, al ser esta última una estructura permanente que aleja a los y las sujetos del estado de bienestar que implica la salud, para los discursos imperantes.

Es interesante dar cuenta que son muy pocos los estudios que abordan desde el enfoque social a la psicosis como una discapacidad, así como son nulos los estudios que aborden las experiencias de mujeres con psicosis en relación a sus experiencias de maternidad.

Uno de los aspectos que ponen sobre la mesa los pocos estudios feministas que hablan de maternidad y discapacidad, es la exclusión de las mujeres discapacitadas de la teoría y los análisis feministas. Afirman que mientras las mujeres no discapacitadas han luchado por tener la opción de no ser madres, ellas han tenido que luchar por la posibilidad de serlo. Igualmente debaten lo excluidas que han estado de la teoría y los análisis feministas.

En una investigación al respecto se hace mención sobre cómo a raíz de tales circunstancias, muchas mujeres con discapacidad intelectual han sido esterilizadas, vigiladas e institucionalizadas (Johnson, Kelley, Rannveig Traustadóttir, et. al, 2001). Como consecuencia a sus reflexiones, las investigadoras se preguntan sobre los efectos que ha tenido esta exclusión de la maternidad, en la forma en que las mujeres discapacitadas intelectualmente perciben sus vidas. En dicho estudio (Johnson, Kelley, Rannveig Traustadóttir, et.al, 2001), el cual fue de corte cualitativo, se realizaron entrevistas a mujeres con discapacidad intelectual que habían decidido sobre la maternidad.

En muchos casos las mujeres entrevistadas decían haber optado por no ser madres, por el hecho de considerar que no podrían hacerse cargo, había a quienes no les interesaba. Algunas relataban experiencias donde habían sido obligadas a abortar o a esterilizarse. Otras

mujeres describieron cómo habían decidido ser madres y las circunstancias que habían tenido que atravesar para lograrlo. Se hizo hincapié en las circunstancias que estas mujeres habían atravesado para tomar sus decisiones, donde en algunos casos habían optado por hacer caso a los discursos dominantes, que les marcan no ser aptas para la maternidad. Otras decían que no querían tener hijos por las burlas y rechazos que ellas habían tenido que atravesar. (Kelley Jonson, Rannveig Traustadóttir, et.al, 2001).

En el estudio mencionado, se rescatan desde las experiencias subjetivas cómo los discursos y la estigmatización producidos por la diferencia marcan, limitan y cooptan las decisiones de muchas de estas mujeres.

Otro trabajo que resulta sumamente interesante es el encabezado por Jenny Morris (1996), que realizó junto con mujeres discapacitadas, feministas, que pertenecen al movimiento de personas con discapacidad, una obra donde reivindican su lugar dentro del movimiento y academia feminista. La tesis fundamental de esta obra radica en señalar que los discursos sobre la discapacidad son en su mayoría discursos discapacitantes, por lo que las instituciones vigilan y castigan el comportamiento de aquellas personas con alguna discapacidad, recayendo estos mecanismos sobre las mujeres, debido a su condición de género, por lo que un punto nodal de la vigilancia hacia las mujeres discapacitadas es la maternidad, al considerárseles no aptas para tal, donde el principal recurso es justificar esta exclusión por medio de posturas eugenésicas, o bien compasivas.

Desde esta perspectiva es importante analizar la discapacidad de las mujeres desde un punto de vista crítico y reflexivo, con miras a superar posturas estigmatizantes y victimistas; ya que tal mirada propicia la exclusión de la escena social a las mujeres discapacitadas, margina y discrimina las diferencias. Por otro lado la visión victimista legitima las posturas compasivas y se limita a prácticas asistencialistas; lo cual también llega a propiciar

marginación y discriminación al considerar a las mujeres discapacitadas como personas infelices, que viven en una desgracia y que se les debe proteger, ya que debido a su condición no cuentan con los suficientes elementos para defenderse o bien para darse cuenta de que pasan por situaciones violentas y discriminatorias. Dentro de esta misma visión de la discapacidad se contemplan actos de la vida cotidiana de estas mujeres como hechos heroicos que son un "ejemplo de vida".

Lo habitual es que la cultura contemple a las mujeres discapacitadas desde dos extremos: por un lado, se considera que nuestras vidas son dignas de lástima, llenas de dolor, el resultado de una tragedia sin sentido; por otro lado, se nos ve como seres que inspiran sentimientos, elevados casi a la santidad por quienes contemplan sobrecogidos nuestro sufrimiento. (Saxton y Howe, 1988, p. 105.)

Lois Keith, feminista inglesa discapacitada, habla al respecto:

En sí, el hecho de que una persona nos ofrezca su ayuda o haga alguna pregunta no nos inhabilita; el problema aparece cuando sabemos que, detrás de esas preguntas, hay una serie de presunciones respecto a lo penoso que debe ser la calidad de nuestra vida y la suerte que tienen los demás de no ser como nosotros. Igualmente problemática es la otra cara de la moneda -el enfoque del tipo: «creo que es usted maravillosa; no sé cómo lo hace»-; Es raro que las personas discapacitadas consideren esto como una alabanza, a menos que se diga cuando hacemos realmente algo maravilloso y no cuando nos dedicamos simplemente a hacer nuestra vida. (1996, p. 106)

Asimismo, este tipo de posturas a las que se hacen alusión en las experiencias citadas, llegan tener como trasfondo la intención de incluir a las personas discapacitadas desde la tolerancia. Rescato el siguiente fragmento que llamó mi atención, ya que éste aparentemente tiene una mirada inclusiva y crítica, sin embargo, la palabra tolerancia me hace pensar lo contrario: "En una sociedad tolerante, plural, avanzada en todos los sentidos, se lucha por romper con limitaciones que afectan a la evolución de las personas de todos los órdenes y en todas las etnias." (Moya, 2004).

Esto me lleva a preguntarme ¿qué no la tolerancia es una forma de aguantar lo que no nos gusta de los y las demás con el fin de convivir con el menor número de problemas? ¿No será que no se trata de tolerar, sino de respetar e incluir las diferencias?, ¿de pensar en la igualdad desde la diferencia?, ¿de abolir los discursos normalizadores y excluyentes? Es

interesante percatarse que estas formas de pensar la discapacidad, son muy usuales en los discursos institucionales, que se buscan sostener en lo políticamente correcto. Como ejemplo a esto tenemos las publicaciones realizadas por el Instituto Andaluz de la Mujer (2004) y el Instituto Nacional de las Mujeres (2002).

La publicación que hace el Instituto Andaluz es el resultado de un grupo de autoconciencia de mujeres con osteoporosis, artritis reumatoide, poliomielitis, entre otras afecciones que les ocasionaron limitaciones físicas, que las han discapacitado. En este grupo trabajaron temas como pareja, autoestima, habilidades sociales, violencia y salud. Su postura refleja a dichas mujeres desde la vulnerabilidad, la cual considera la discapacidad solo desde lo físico y no como parte de los discursos sociales.

Asimismo, se dice lo que ellas expresaron en el grupo, pero las reflexiones no giran en torno a esto, es decir, se hace caso omiso a sus discursos.

Como ejemplo de esto, dentro de las experiencias que se narran, citando fragmentos textuales del grupo, se menciona que muchas de estas mujeres, quienes en este caso tienen discapacidad motora, tienen que hacerse cargo de familiares como ancianas(os) y niños(os). Una mujer, quien no es identificada en la cita con algún nombre, comparte lo siguiente, haciendo alusión a alguien a quien cuida:

Llegará el momento en el que no pueda... porque hay que levantarla, cogerla en brazos para lavarla... y yo ya sabes cómo estoy... Mi marido me dice que lo llame para ayudarme a lavarla... pero a la pobresita le da vergüenza de él, no sé que haré cuando no pueda... pero mientras cuidaré de ella (Moya, 2004, p.119).

Sobre este punto, la autora hace la siguiente reflexión:

Son estándares sociales los que presuponen los papeles de esposas, madres y cuidadoras a las mujeres y parece que tener que <<abandonarlos>> les confiere una inferioridad en su condición de mujer. Esta postura aunque a veces era consecuencia de la familia y de la pareja, había muchos casos en los que eran una exigencia propia, de ellas que no asumían sus limitaciones y sus discapacidades (Moya, 2004, p.120).

Este análisis que busca aparentemente problematizar los roles de género impuestos a las mujeres y el cómo éstas asumen como una obligación el procurar cuidados a las y los otros, independientemente de las condiciones físicas en las que se encuentren; desde mi postura recae en emitir juicios de valor, donde interpreta los comentarios referidos por las mujeres en cuestión, señalando que sus posturas responden a no aceptar su condición de discapacitadas, y por lo tanto de no aceptar sus "limitaciones" para seguir efectuando tales tareas, siendo la autora quien aparentemente tiene el parámetro para definir de qué son o no capaces, de este modo omite la observación que la propia mujer refiere, al decir que no sabe cómo va realizar dichos cuidados cuando su discapacidad física evolucione.

Por otro lado en las dinámicas que realizaron así como las propuestas de las organizadoras se basan en sugerencias de lo que las participantes deben o no deben hacer. Esto me parece que las coloca como sujetos infantilizadas.

Por su parte, el estudio "Mujeres y discapacidad en México" (2002), realizado por Inmujeres aborda experiencias de las mujeres con discapacidad, en torno a temas como género, violencia, salud, educación, sexualidad, familia, entre otros, mediante entrevistas realizadas en diferentes contextos sociales. La muestra fue de mujeres discapacitadas en diferentes contextos sociales. Este estudio tiene una visión de la discapacitada como heroína, vislumbra la limitación como una oportunidad de crecer interiormente. Es decir, considera a estas mujeres como excepcionales, al sobrellevar su cotidianeidad, afrontando sus limitaciones, lo que refleja el discurso victimista y exagerado de la discapacidad que mencioné con anterioridad.

Dicha investigación cuenta con más recursos teóricos, a diferencia del anterior, sin embargo, la teoría no se aterriza en un análisis crítico, sino tal parece que se aborda con el fin de cumplir objetivos burocráticos en el ámbito de investigación y publicaciones, de una

institución que ha refuncionalizado los discursos del movimiento feminista, resguardando los intereses del sistema hegemónico.

Este tipo de posturas y perspectivas de la discapacidad, me empujaron a buscar un discurso capaz de trascender las posturas prejuiciosas y victimistas. Por lo que, para fines de esta investigación, me inclinaré por un abordaje de la discapacidad que permita adentrarme en la complejidad de la problemática que aquí planteo, desde una mirada crítica, para esto me basaré en el modelo social de la discapacidad, el cual surge en oposición al modelo médico, que ha prevalecido como eje medular de los programas gubernamentales de atención a la discapacidad.²⁰

Esta propuesta se gestó en Estados Unidos, durante los sesenta, encabezada por sociólogos interesados en los procesos de la identidad; un punto nodal de la crítica en la que se centró este modelo fue en el análisis de la relación existente entre discapacidad e insuficiencia.

Centrándose en el proceso de estigmatización y en la construcción social de la dependencia por parte de los profesionales de la rehabilitación, autores como Erving Goffman (1968) y Robert Scott (1970) cuestionaron la visión ortodoxa, según la cual los problemas asociados con la discapacidad eran el resultado directo de las insuficiencias y/o las condiciones médicas individuales. Estas explicaciones, junto con la radicalización de los jóvenes discapacitados estadounidenses del *Movement for Independent Living* (ILM) (Movimiento a favor de la vida independiente) llevaron a Gerben de Jong a iniciar lo que Mike Oliver llamaría más tarde el "modelo social de la discapacidad" (Oliver, 1983), con la proclamación de que los factores actitudinales y ambientales son al menos tan importantes como la insuficiencia en la valoración de la discapacidad (De Jong, 1979). (Barnes, 1998, p.60)

En otras palabras, el modelo social de la discapacidad visibiliza que las diferencias y limitaciones físicas, psíquicas e intelectuales no son el eje de la discapacidad; pues lo que la erige son las actitudes, discursos, exclusión y dificultades de integración y acceso a espacios sociales.

²⁰ "...la orientación de los programas de atención y servicios hacia las personas con discapacidad ha girado alrededor del "modelo médico", basado en la propuesta de enfermedad planteado por Parsons (1951). Presta particular atención a la "persona", al asumir que cualquier problema en ella es resultado de una desviación de los parámetros normales de funcionamiento y desempeño establecidos bajo la perspectiva de una relación médico-paciente (Scotch y Schirmer, 1997)... sustentado en el concepto de *limitación funcional*, mide la independencia o autonomía de una persona de acuerdo a que tan lejos puede caminar, que tanto puede oír, pensar, hablar o sentir..." (Ribeiro, Ferreira y López Estrada (eds), 2006, p.33).

Liz Crow (1996), feminista inglesa, señala que para explicar el abordaje del modelo social de la discapacidad es fundamental establecer la diferencia entre minusvalía²¹ y discapacidad. La minusvalía la define como las limitaciones de orden funcional que afectan al cuerpo de una persona. Menciona que ésta puede afectar en gran medida la experiencia de lo corporal, ya que en muchas ocasiones puede resultar dolorosa, desagradable o difícil, mas únicamente se refiere a esto. En cambio la discapacidad implica pérdida de oportunidades que provienen de la discriminación, la cual puede ser explícita o sutil.

Con esto no se omite el peso que tiene en la vida de estas mujeres, las limitaciones que atraviesan debido a su condición psíquica, sin embargo, es importante rescatar cómo su situación acarrea diversos prejuicios, marginaciones y manifestaciones violentas. Estas circunstancias son las que discapacitan, desde la postura del modelo social de la discapacidad. Julie McNamara (1996), feminista discapacitada, con diagnóstico de esquizofrenia, define a quienes han sido nombradas como psicóticas o pacientes psiquiátricas, como discapacitadas. En el caso de aquellas que han pasado por los sistemas de salud mental las define como supervivientes de dicho sistema, al vivir en un espacio donde se les niega su acceso al poder.

Sobre lo anterior es interesante el uso del término supervivientes del sistema de salud mental, ya que alude a una postura política en relación a la institución psiquiátrica y al trato e intervención que ésta practica con las y los pacientes. McNamara (1996) señala que este término "proclama la esperanza contra toda esperanza, la existencia a pesar de los traumas de la vida y, a menudo, a pesar del tratamiento recibido en los servicios de salud mental. Es

²¹ Aclaro que aquí se usa minusvalía como un concepto traducido del término inglés *handicap*, que significa desventaja, que tiene una connotación muy específica en el caso del texto de Crow. Esto lo aclaro, ya que en español, este término alude a alguien con menos valor, lo cual implica una forma de discriminación.

también un término que inflama la sensibilidad de la mayoría de quienes trabajan en la profesión psiquiátrica." (1996, p.221)

Sin embargo, hay que tener en cuenta que a pesar de la inconsistencia y violencia que se da dentro de la institución de la salud mental, ésta llega a ofrecer alternativas viables para la reintegración de estas poblaciones al medio social, situación que Mc Namara(1996) considera una forma de control. Estas posturas que pueden resultar contrarias, subsisten juntas, lo que denota la trascendencia de reflexionar sobre dicha institución y lo que subyace a sus discursos, pues es importante visibilizar cómo éstos colocan a las mujeres discapacitadas en lugares estigmatizados, donde la normalización aparece como el recurso fundamental.

1.4 La psicosis como discapacidad

Para comprender las construcciones sociales en torno a la psicosis, denominada también "locura" en las significaciones sociales, seguiré lo dicho por Michel Foucault quien hizo una revisión histórica de la concepción de la "locura", así como de la institucionalización de la enfermedad mental. Visión que me permite acercarme de forma crítica a dichos términos.

Para Foucault (1976) la "locura" como espacio de exclusión tuvo su origen entre los siglos XVI y XVII, tras la desaparición de la lepra como epidemia y sinónimo del mal, es así como la "locura" sustituyó el espacio de exclusión que dejó la lepra, fue así como sobre la "locura" recayeron los miedos y temores de la gente de esa época (Gacia, 2002, p.96).

Al final de la Edad Media, la lepra desaparece del mundo occidental. En las márgenes de la comunidad, en las puertas de las ciudades, se abren terrenos, como grandes playas, en los cuales ya no acecha la enfermedad, la cual, sin embargo, los ha dejado estériles e inhabitables por mucho tiempo. Durante siglos, estas extensiones pertenecerán a lo inhumano. Del siglo XIV al XVII, van a esperar y a solicitar por medio de extraños encantamientos una nueva encarnación del mal, una mueca distinta del miedo, una magia renovada de purificación y exclusión [...]La lepra se retira, abandonado lugares y ritos que no estaban destinados a suprimirla,

sino a mantenerla a una distancia sagrada, a fijarla en una exaltación inversa. Lo que durará más tiempo que la lepra, y que se mantendrá en una época en la cual, desde muchos años atrás, los leprosarios están vacíos, son los valores y las imágenes que se habían unido al personaje del leproso; permanecerá el sentido de su exclusión, la importancia en el grupo social de esta figura insistente y temible, a la cual no se puede apartar sin haber trazado antes alrededor de ella un círculo sagrado [...] Ese fenómeno es la locura [...] (Foucault, 1976, p.p. 13, 16 y 20)

De esta manera es como la locura, bajo la custodia del saber médico especializado, abre paso a la construcción de la noción de enfermedad mental, hace su aparición en los discursos del saber especializado y se comienza a construir como una nueva forma de exclusión que garantice el funcionamiento social, regulado por normas y estatutos que marcan la disciplinarización de los cuerpos, los actos y los pensamientos. (Foucault, 2001, p.p. 139-199). Para lograr esto “[...] hubo que codificar la locura como peligro...por ello, la psiquiatría, en la medida que era el saber de la enfermedad mental, podía funcionar efectivamente como la higiene pública.” (Foucault, 2001 b, p.116).

La psiquiatría se convirtió en una disciplina que justificó su lugar dentro de los discursos científicos y por tanto, con la autoridad de vaticinar los más inciertos y vagos síntomas y los posibles peligros que se aproximan como efecto de la enfermedad que los produce, lo cual le justificó un lugar crucial en la higiene y protección social.

Es el campo disciplinario definido por la familia, la escuela, el vecindario, el correccional. Todo esto es ahora el objeto de la intervención médica. La psiquiatría redobla entonces esas instancias, las repasa, las transpone, las patologiza; al menos, patologiza lo que podríamos llamar los restos de las instancias disciplinarias. (Foucault, 2001 b, p.143).

La psiquiatría es una disciplina que ha ido evolucionado y perfeccionando sus mecanismos de ejercicio del poder, la cual se ha valido de diferentes herramientas para acallar los síntomas. Con los grandes avances de la farmacología, la medicalización se ha vuelto la vía más socorrida para tratar de normalizar al “loco”, lo cual en muchas

ocasiones aniquila el discurso que se produce en la psicosis y ve en el delirio²² una forma de desvarío que no tiene sentido y se debe acallar. Para esta disciplina, rama de la medicina, los síntomas de la psicosis además de tener sus causas en trastornos afectivos, se asocian fundamentalmente como resultado de disfunciones a nivel orgánico, debidas a las fallas en la producción de sustancias, que provocan dichas alteraciones. Es por esto que para la psiquiatría la medicación resulta el camino más viable, que permite que los(as) “pacientes” no sean agresivos(as) y estén “tranquilos(as)”, lo cual en muchas ocasiones da como resultado el que la persona viva drogada y no le sea posible interactuar con su medio.

En el caso del psicótico, éste se singulariza a través del delirio, pero el delirio es acallado y silenciado en los hospitales psiquiátricos aun hoy, cuando se habla de alternativas terapéuticas. Todos estos mecanismos impuestos y homologados a partir de programas para todos los sujetos no permiten la apropiación del cuerpo ni de la palabra. (Fernández y Ruiz, 2000, p.67)

Por esto mismo, a pesar de que la simbolización en la psicosis está ausente debido a su estructuración psíquica; en su delirio se pueden rescatar sus experiencias y la forma en que las han percibido. “En este sentido, los delirios son intentos de vincularse libidinalmente con el mundo, frente al vacío mortífero donde el sujeto fue abandonado” (Ruiz, 2001, p.125)²³. El delirio resulta una experiencia marcada por los discursos de las

²² El delirio generalmente se constituye alrededor de un hecho real, este síntoma refleja las problemáticas que la persona atraviesa y no ha podido resolver; es por esto que desde el psicoanálisis se dice que el delirio es un intento de cura, ya que es un intento fallido de elaboración de tales conflictos. Las características del delirio varían según el tipo de psicosis que se presente. En el delirio de autoreferencia la persona cree que todo lo que sucede a su alrededor está relacionado con él/ella, en el delirio paranoico se presentan ideas de conspiración contra la persona, en el delirio de reivindicación la persona se siente tratada de forma injusta por los demás, en los delirios pasionales las ideas se centran en la certeza de infidelidad o en ser objeto de un amor desmedido por parte de otro(a). Ver: Maureso, 1995, pp. 72-75. Esta definición es de corte psiquiátrico, sin embargo, la definición del psicoanálisis es la misma, sólo que éste no lo ve como algo que hay que acallar, sino escuchar, pues para el psicoanálisis es un intento de cura.

²³ La mayoría de personas diagnosticadas con psicosis han atravesado por rupturas en sus vínculos sociales y afectivos muy graves, rupturas que en gran medida llegan a desencadenar conflictos psíquicos como los descritos por las “enfermedades mentales” clasificadas como psicosis o esquizofrenia.

instituciones y el saber médico, por lo que lo social aparece decodificado desde una mirada ajena a la razón imperante.

En respuesta a lo anterior, en este momento me parece importante retomar lo que dice actualmente la psiquiatría, para poder contextualizar la forma en que son miradas y tratadas las mujeres que forman parte de esta investigación.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (American Psychiatric Association (APA), 2000, pp.333 y 334) señala que para diagnosticar psicosis se deben manifestar diferentes síntomas, por un tiempo significativo, de uno a seis meses. También se toman en cuenta las disfunciones que se encuentren por debajo del nivel previo a nivel laboral, escolar, de relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo.

Los síntomas más recurrentes en todos los tipos de psicosis son delirio, alucinaciones²⁴ y lenguaje desorganizado. Las categorías diagnósticas son: esquizofrenia (dentro de ésta se encuentran el trastorno esquizofreniforme y trastorno esquizoafectivo), trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico debido a una enfermedad médica, trastorno psicótico inducido por sustancias y trastorno psicótico no especificado²⁵.

En muchas ocasiones la psicosis puede llevar a padecer síntomas que imposibiliten a la persona a participar en actividades sociales; como consecuencia requieren ser monitoreadas y acompañadas en la cotidianidad. Esto significa que muchas de sus actividades, desde su aseo, alimentación, cuestiones laborales, actividades de recreación, visitas y paseos con sus familiares, entre otras actividades, sean administradas por otros(as). Tal situación tiene implicaciones en los vínculos y las formas en que se desempeña su cotidianidad, lo cual tuvo impacto en la elección de

²⁴ Cuando se presentan alucinaciones la persona puede llegar a percibir imágenes, sonidos y sensaciones ajenas a la realidad concreta.

²⁵ Para más referencias se puede consultar el Manual DSM IV, APA, 2000.

mis entrevistadas, ya que busqué, fuesen mujeres que en la medida de lo posible, no se encontraran en esta circunstancia, pues me avoqué a aquellas que no requiriesen un acompañamiento permanente por parte de las y los profesionales que laboran en este establecimiento.

La postura psicoanalítica reprueba la visión de la psicosis como una enfermedad que proviene de algo exclusivamente orgánico, cuestiona los intentos de cura de la psiquiatría, la cual tiene una visión limitada sobre el origen del sufrimiento del paciente y se avoca a atender los síntomas. Es por lo anterior que en la presente investigación la definición que ocuparé de psicosis será la que da el psicoanálisis, ya que esta disciplina ha permanecido en una posición crítica con respecto a la psiquiatría y la visión que ésta tiene de los síntomas como elementos “patológicos”.

El psicoanálisis dice que la psicosis es la “organización de la subjetividad en la que se da una pérdida de la realidad con regresión de la libido sobre el yo y con, eventualmente, la constitución de un delirio. Para Lacan, el mecanismo constitutivo de la psicosis es la forclusión del Nombre-del-Padre.” (Chemama, 2004, p.546).²⁶

Para comprender esta definición es fundamental esclarecer lo que es la forclusión del Nombre-del-Padre²⁷.

La forclusión se entiende como un fracaso de los vínculos amorosos que se manifiesta por la reaparición en lo Real²⁸ de aquello a lo que el/la sujeto(a) no accedió;

²⁶ La forclusión es un término que proviene del ámbito legal y hace referencia a algo que se llevó a cabo en destiempo, por lo que en el ámbito psicoanalítico se retoma este término, haciendo alusión a que una de las funciones de la estructuración psíquica del sujeto se hizo en destiempo, es decir, se dio una no llegada, por lo que se genera una “falta” en lo simbólico, que llevará a que esto resurja en lo real y no haya acceso a la metáfora, es por esto que se dice que en la psicosis todo se entiende de forma literal. “... Si hay fracaso en la represión originaria, hay forclusión rechazo a lo simbólico, que resurgirá entonces en lo real- dice Lacan- en el momento en que el sujeto se vea confrontado con el deseo del Otro dentro de una relación simbólica.. Lo cual significa el fracaso de la metáfora paterna”. (Chemama, 2004, pp.546-551)

²⁷ Este fue un término empleado por Lacan para explicar de forma más desarrollada la psicosis.

esto se manifiesta por un retorno desde afuera de una experiencia, en forma de alucinación, que para quien la vive es una realidad indiscutible. Así, se puede decir que la forclusión es la no llegada de la castración en la/el sujeto. Es de dicha castración de la que depende la organización de lo simbólico, por lo que al no haber tenido acceso a esta castración, el mundo simbólico no pudo ser construido. Es decir, “la forclusión no es entonces una exclusión sino la no llegada de algo que uno ha llamado, es una no inscripción ahí donde hubiera debido haberla”²⁹ (Juan David Nasio, 1999, p.300).

La función del Nombre del Padre tiene la tarea de nombrar, es la metáfora primordial en la estructuración del sujeto, es decir, es parte fundamental en el acceso a lo simbólico³⁰. El Nombre del Padre da la posibilidad de que el sujeto no se quede atrapado(a) en diada madre-hijo(a), es decir, que pueda acceder a su propio deseo; lo

²⁸ Lo Real para el psicoanálisis es aquello que no puede ser simbolizado completamente en la palabra, algo que no puede ser dicho y que en el caso de la psicosis al no haber mediación de lo simbólico se manifiesta como alucinación que se confunde con la realidad concreta. (Chemama, 2004).

²⁹ Para una revisión más amplia al respecto es necesario remitirse a la represión, de la cual Freud (1978) dice que es el no querer saber nada, situación inevitable ya que la formación de síntomas le echarán en cara a (el/la) sujeto(a) lo que no quiere saber, pues la función del síntoma es señalar lo que el/ella ya sabía en un primer momento y trató de ignorar. Es decir, en la represión que tiene lugar en las neurosis (estructura psíquica que se considera “normal”) se trata de no querer saber de la castración, castración que sí tuvo lugar. Dentro de la forclusión pasa algo distinto, ya que no se puede evitar saber de la castración porque no hubo castración, en consecuencia no se sabe nada de ésta.

³⁰ Para entender mejor esto es importante recurrir a la teoría del significante. Para Lacan hay dos significantes que son S1 y S2. S1 se refiere a un solo significante, este significante es uno solo en un enunciado, el punto central de este significante es su discontinuidad, donde la/el sujeta(o), dice algo, sin saber lo que dice, este punto fundamental es donde se duda, donde no se sabe qué sigue. Este S1 está ligado a un S2, lo que para Lacan tiene la estructura de una cadena a la que llama el saber inconsciente; ya que todas las problemáticas de la definición del inconsciente y de la definición del significante pasan por la relación de S1 y S2. Es importante dejar clara la lógica que hay entre S1 y S2, donde es importante y fundamental que para que se teja esa red, o se arme esa cadena se debe retirar un elemento que de forma a un todo incompleto. A esto debemos agregarle dos lugares en la cadena, que es el lugar del cero, este cero debe estar al principio y no se sucede de nada, así pues este otro lugar que mencionaba es el del sucesor que ocupa S1. Este lugar del sucesor es muy importante ya que si se desanuda de esta cadena, toda la cadena se rompe. “El elemento S1 en el lugar del sucesor no es solamente el que le da la consistencia a la serie. Se le puede considerar desde otro punto de vista, bajo otro ángulo, y llamarlo el Nombre... es el elemento que nombra a todos aquellos que ya han pasado...” Es en este lugar donde se coloca el Nombre del Padre, que antecede a todos los nombres, es decir a todo los significados. (Nasio, 1999, p.302).

que conlleva a que haya un límite entre la madre y el sujeto, para que éste pueda acceder a la cultura. Es así que en la etapa edípica la función de la madre consiste en hacer la llamada, por medio de su deseo, al padre simbólico que representa la ley. En caso de que la función madre no pueda lograr esto, el Nombre del Padre queda forcluido, es decir se da lugar a la psicosis, debido a la falta de la metáfora paterna. Pero también, puede suceder que, la madre haga este llamado, y el padre en vez de colocarse como el representante de la ley, intente erigirse como la ley misma, lo cual llevará igualmente a una forclusión, ya que no habrá acceso a la metáfora, pues la ley se encarna en el padre de forma literal.

En este sentido entendemos a la psicosis como una estructura psíquica que deviene en función de la “falta” de los vínculos afectivos del sujeto, esta “falta” a nivel psíquico incide en las herramientas que la persona va a tener en el futuro para integrarse a lo social. Por otro lado, tal estructuración depende de las figuras simbólicas que hayan ejercido la función madre y padre, las cuales pueden ser ejecutadas por personas de cualquier sexo y no necesariamente por los progenitores biológicos jugando los roles tradicionales.

Los conceptos y posturas teórico-políticas, presentadas en este capítulo conforman los elementos de los que me he valido en esta investigación para comprender la problemática que aquí planteo en relación a la psicosis, pues si bien, dentro del análisis que llevé a cabo, no fue posible adentrarme en dichos conceptos, debido a los objetivos y contenidos que el programa de estudios plantea, el que por ende delimitó la construcción de la presente investigación, debo recalcar que mirar desde esta óptica, las características psíquicas de quienes forman parte de esta investigación, marcó de forma definitiva los resultados obtenidos tanto en mi intervención dentro del campo de estudio, como en el material que ahora presento.

CAPÍTULO 2.- LAS OTRAS VOCES SOBRE LA MATERNIDAD: EXPLORACIÓN EN LOS TERRENOS DE LA PSICOSIS Y LA DISCAPACIDAD.

2.1 Dispositivo metodológico y técnicas de investigación.

La metodología es la espina dorsal de cualquier investigación, ya que ésta define el curso del estudio y precisa la postura desde donde la/el investigador(a) se posicionará frente a la problemática que plantea.

“Una metodología es una teoría sobre los procedimientos que sigue o debería seguir la investigación y una manera de analizarlos. La metodología elabora proposiciones respecto de la aplicación de “la estructura general de la teoría a disciplinas científicas particulares.” (Sandra Harding, 2002, P.12).

En ese sentido, considerando que la problemática planteada buscaba conocer experiencias de forma particular, la metodología que resultó más adecuada fue la de corte cualitativo³¹, pues me permitió una aproximación minuciosa al universo de estudio y así acceder a los significados y vivencias de cada una de estas mujeres; a quienes busqué mirar como sujetos históricos, sujetos con saberes que conforman parte de la complejidad social, contextualizadas en un tiempo y espacio, atravesadas por un sin fin de procesos y significaciones. En palabras de Ana Amuchastegui (2005, p.185) cuando “[...] la investigación está enfocada a los procesos subjetivos sociales vinculados con la construcción del significado, el procedimiento más coherente para examinar el problema es el método cualitativo [...] ya que éste pretende realizar

³¹ Maria Mies (2002) dice sobre la metodología cualitativa “[...] la diferencia entre los métodos cuantitativos y los cualitativos reside en el hecho de que, a pesar de sus distorsiones ideológicas, estos últimos no tienden a fracturar los vínculos vivos de la misma manera que los métodos cuantitativos. Es por esa razón y en ese sentido que los considero más útiles para la investigación feminista.” (p.76)

estudios interpretativos de la subjetividad de los individuos así como de los productos de su interacción". Estas posturas interpretativas de las que habla la autora permiten plantear un posicionamiento político, ideológico y teórico muy claro, que no busque aludir a la "objetividad" y al purismo científico positivista, asimismo, permite impregnar en tal estudio la historia y mirada particular de quien investiga.

De esta elección metodológica se derivaron las técnicas utilizadas para hacer una intervención pertinente, las cuales fueron la observación participante y la entrevista a profundidad.

La observación participante es definida por Taylor y Bodgan (1994) como "la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el medio de los últimos, durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo". (p.31)

En este sentido, debemos entender la no intrusividad como una forma de evitar a toda costa arribar al medio de estudio desde una postura de poder, donde se busca escudriñar el medio con un afán de extraer información y establecer una clara barrera entre investigador(a) e investigados(as). En el caso de la observación participante, pretende abordar el medio integrándose en éste, formando parte de la cotidianidad y de las actividades y costumbres que le acontecen, lo que supone alterará en menor medida las situaciones a observar. Sin embargo, es importante dejar claro que a pesar de las estrategias que se utilicen para abordar esta técnica, resulta imposible como alguien ajena al campo no trastocar y modificarlo con la pura presencia, pues cualquier alteración al espacio en el que se interviene se vuelve un factor que cambia las condiciones en mayor o menor medida, sobretodo cuando tal intrusión se hace con fines investigativos, lo que impacta de forma importante en el comportamiento de quienes se observa; mas esto debe de tenerse en cuenta como parte de dicha técnica, y por tanto

incluirse dentro de el análisis que se haga de la información obtenida, ya que debe contemplarse como una cuestión inherente al acto de investigar.

El científico del comportamiento debe saber reconocer que *nunca* observa el hecho comportamental que “se hubiera producido” en su ausencia ni oye una comunicación idéntica a la que el mismo narrador hubiera hecho a otra persona. Por fortuna, los llamados “trastornos” o “perturbaciones” creados por la existencia y las actividades del observador debidamente aprovechados, son las piedras angulares de una verdadera ciencia del comportamiento y no –como suele creerse- contratiempos deplorables, con los que lo mejor que se puede hacer es esconderlos apresuradamente debajo de la alfombra. (Devereux, 2005, p.31)

Estas características hacen de la observación participante una técnica que permite conocer desde un ángulo muy específico la cotidianeidad de quienes se estudia, que permite mirar y mirarse dentro del campo y reconocer discursos e implicaciones de una como investigadora y de las investigadas.

En el caso de la institución que exploré, me integré a su dinámica de trabajo como acompañante terapéutica, con el fin de interactuar de cerca con las usuarias. Traté de seguir en la medida de lo posible la misma lógica que observé se da en el lugar, con el fin de apreciar cómo interactúan y manifiestan lo que sienten y piensan dentro de las actividades que llevan a cabo , como son los talleres.

Esta herramienta de investigación me permitió acceder a información sobre el campo, que ninguna otra técnica me hubiera dado paso, sin embargo, ésta también presentó inconvenientes.

Una contradicción endémica a la observación participante es la doble naturaleza del quehacer etnográfico: el (la) investigador(a) está comprometido(a), por un lado, con la comunidad antropológica, como observador(a), con el fin de recopilar la mayor cantidad de datos posibles y analizarlos a la luz de la teoría de su disciplina y, por el otro, con la comunidad en la cual hace trabajo de campo, como participante, con el fin de comprenderla. (Mary, Goldsmith, 2002, p.46)

Tales disyuntivas deben ser tomadas en cuenta como factores inherentes a la investigación, la cual conlleva demandas tanto académicas, como por parte del espacio donde se interviene.

En el presente estudio, no se contempló una intervención con fines inmediatos de acción, lo cual en ocasiones creó dilemas frente a las demandas que plantearon los sujetos de estudio, ante diversas necesidades y problemáticas que surgieron durante mi participación en el campo. La forma de devolución que planteé fue el trabajo directo durante mi intervención en campo, así como el compromiso de hacer una devolución posterior a la institución, sobre los resultados del trabajo realizado.

Como ya lo mencioné, me avoqué a integrarme en los talleres, que forman parte de las actividades principales de la comunidad, asimismo, asistí a reuniones tanto del equipo clínico, como reuniones de las y los usuarios(as), a paseos organizados los fines de semana, realicé observación durante los tiempos libres, donde por lo general descansaban en áreas comunes de recreación, como patios y salas de estar, donde tuve oportunidad de platicar con las usuarias de forma más libre; asimismo implementé con algunas de ellas técnicas con el fin de abordar los temas de mi interés, una de ellas consistió en utilizar revistas que hablasen sobre el tema de la maternidad y a partir de lo que ellas observaran, rescatar sus percepciones sobre dichos materiales, los cuales reproducen muchos estereotipos sobre la maternidad y la feminidad. Por otro lado, con una de las usuarias (Celeste)³² realicé un trabajo particularizado, de asesoría en un módulo de secundaria abierta del INEA, titulado "Sexualidad juvenil". A partir del trabajo con este material se develaron las problemáticas que aquí abordo, por lo que esta asesoría que duró seis meses, me permitió profundizar mi exploración; trabajo que considero también fungió como parte de mi devolución al campo, de lo cual hablaré más adelante, en las conclusiones de esta investigación.

Como siguiente etapa del trabajo de campo, se realizaron entrevistas a profundidad semi-estructuradas, las cuales no buscaron recabar lo estrictamente

³² Con el fin de mantener la confidencialidad y el anonimato de la comunidad terapéutica, de los pacientes y el personal que allí labora, he cambiado todos los nombres de las personas que aquí menciono.

verídico, ni verificar o comprobar datos³³, sino rescatar lo que las y los sujetos han vivido y cómo lo significan. A las mujeres que entrevisté las elegí por medio de la observación previa.

La muestra fue de tres mujeres adultas de edades variadas, que manifestaron interés por el tema de la maternidad. Me avoqué a dos mujeres con hijos(as), así como a una mujer que no es madre. Esto con el fin de conocer discursos y experiencias de mujeres que atraviesan diferentes condiciones respecto al tema.

El criterio para la selección de las entrevistadas, se basó en mi interés por explorar las experiencias del ejercicio del maternaje en mujeres que hayan formado una familia dentro del contexto de las normas instituidas por la cultura y que posteriormente hayan sido diagnosticadas como psicóticas, lo que implicaría múltiples cambios en sus relaciones personales y sus actividades cotidianas; dando como resultado ser marginadas del lugar que ocupaban en la institución familiar. Este tránsito de la normalidad a la discapacidad las limita a seguir ejerciendo sus rol de madres como antes lo hacían.

También me interesó conocer cómo han vivenciado y cómo conciben la maternidad aquellas mujeres que por su condición no han sido madres, ya sea porque se les ha impedido, porque nunca han tenido una pareja, o porque así lo han decidido.

Sobre esto es importante mencionar que la muestra fue limitada debido a que se centró en identificar mujeres que tuviesen hijos(as) o bien mostraran interés por el tema de la maternidad; asimismo, que se encontraran ubicadas en tiempo y espacio; lo anterior no implicó que no se hallará una riqueza enorme en discursos y experiencias.

³³ Esta observación la hago, debido a que a pesar de que en la investigación cualitativa esta característica es inherente a dicha metodología, en el caso de las entrevistadas de esta investigación me es fundamental recalcarlo debido a las características psíquicas que presentan, puesto que tales suponen que la percepción de la realidad puede encontrarse "alterada" y por ende, resultar un discurso aparentemente poco confiable o confuso, por lo que es importante recalcar que además de haber cuidado se presentaran determinadas condiciones en las entrevistadas, aquí lo que se persigue es conocer las percepciones que tienen sobre su experiencia en torno al tema central de esta tesis.

Las mujeres que sí fueron madres, entraban en un mismo rango de edad (55 y 63 años) y, en ambos casos sus hijas eran adultas. En el caso de la mujer que no tenía hijas(os), se puede considerar que se encuentra en edad reproductiva (32 años).

En los primeros dos casos, me interesé en explorar el cómo estas mujeres ven sus prácticas de maternaje en el pasado, cómo consideran que jugaron el rol maternal en las primeras etapas de las vidas de sus hijas, qué transformaciones experimentaron en dichas prácticas y qué ha significado para ellas el haber sido diagnosticadas como psicóticas e internadas para ser tratadas, así como lo que ha implicado ser apartadas de su medio cotidiano.

En el caso de quien no tenía hijos(as) me interesó saber qué perspectiva tenía sobre esta cuestión en tal etapa de su vida, donde la mayoría de sus contemporáneas están en el proceso de emparejarse o de ser madres.

Considerando lo anterior la entrevista a profundidad me resultó una herramienta idónea para aproximarme a explorar los discursos y experiencias de estas mujeres.

Los actores de una experiencia portan un conjunto de significados y sentidos de lo vivido. Estos están traspasados por sus propias vivencias personales, pero en otro sentido integran una dimensión más amplia: lo social. Con la entrevista a profundidad intentamos acceder a ambas significaciones: la propia y la social. Ambas emanadas del ámbito de la intimidad y con un sentido más amplio de lo que habitualmente se reconoce como personal [...] (Díaz Barriga, Ángel, 1991, p.171.)

Las entrevistas se realizaron en dos sesiones, con duración aproximada de una hora, aunque en algunos casos las entrevistas se extendieron más tiempo (la de mayor duración fue de cuatro horas) debido a los temas tratados y la necesidad de contener a las entrevistadas tras haberlos abordado.

Es importante tener en cuenta que un elemento eje de esta investigación, es pensar en las particularidades que acarrea el discurso psicótico, ya que éste, a pesar de provenir de mujeres que han logrado cierta estabilidad, no deja de estar enmarcado en condiciones psíquicas que reflejan desde otra lógica distinta a la convencional -la

comúnmente llamada “normal”- sus dolores, preocupaciones, esperanzas, anhelos, disgustos, alegrías, entre otras manifestaciones que les produce lo que viven. Esto mismo, me incita a dejar claro que no por el hecho de que sus palabras no se articulan desde la llamada normalidad, pierdan validez o no puedan ser escuchadas con el fin de dar luz a una realidad concreta, como lo es la problemática que aquí planteo. Por lo contrario, deben ser escuchadas con un oído muy fino, que den paso a la alteridad y se permita romper con la hegemonía de los saberes.

2.2 Un recorrido por Casa B.

La institución en la que realicé este estudio³⁴ se autonombra comunidad terapéutica; es de asistencia privada y está ubicada en la ciudad de México. Recibe a hombres y mujeres de edad adulta que presentan trastornos psico-afectivos graves³⁵, en casi todos los casos, los y las usuarias(os) han atravesado episodios psicóticos³⁶. Asimismo, la mayoría de “pacientes”³⁷ padecen de forma crónica los síntomas de la psicosis. Cabe señalar que la población que recibe es en su mayoría de un nivel socioeconómico medio a alto.³⁸

³⁴ Este trabajo lo realicé desde mediados de octubre del 2007 a abril del 2008. Mis visitas al espacio fueron de tres veces a la semana, dos días asistía al centro de día y otros a la casa, dedicándole en total nueve horas a la semana, aproximadamente.

³⁵ Los cuales se describen en una amplia gama de diagnósticos, que pueden aplicarse a personas funcionales, hasta casos de mayor gravedad.

³⁶ Lo que significa haber perdido contacto con la realidad concreta, haber tenido algún episodio violento donde se atente contra sí mismo(a) o contra otros(as), haber pasado por periodos alucinatorios y de delirio, entre otras situaciones muy variadas y particulares que les han impedido continuar dentro de su núcleo social.

³⁷ A lo largo de esta investigación utilizaré de forma indistinta, para referirme a las personas que son atendidas en este lugar, lo términos de usuaria(os) y paciente; ya que dentro del establecimiento se usan ambos. Usuario pretende tener una connotación políticamente correcta, al no etiquetar con nombres patologizantes a las personas atendidas en este espacio. El término paciente – que es la que se utiliza con más frecuencia-, se usa comúnmente en la institución de la salud, el cual hace referencia al tratamiento en el que se encuentran estos(as) sujetos y su posición pasiva ante éste, al ser receptores de un servicio. En consecuencia mi postura con respecto a este término es crítica, pues coloca en una posición pasiva a las y los sujetos, lo que permite vislumbrar desde el uso del lenguaje las relaciones de poder que se dan en este ámbito social, por lo anterior cada vez que utilice esta palabra la entrecomillaré, para denotar la postura crítica en la que yo me coloco.

³⁸ Esta clínica atiende a una población aproximada de veinticinco “pacientes” (de los cuales ocho son mujeres y diecisiete hombres), ésta varía debido a que ingresan nuevos usuarios(as), otras(os) son dadas(os) de alta, asimismo, dejan de asistir por diversos motivos, como falta de apoyo de la familia o incumplimiento de las reglas del lugar.

Esta institución se encarna en un establecimiento conformado por tres lugares de atención, los cuales son una casa que funge como centro de día (a la cual solamente acuden a sus actividades cotidianas en un horario de aproximadamente 10:00am a 6:00pm)³⁹, la casa donde habitan, que para efectos de definirla en esta investigación y no generar confusiones con la otra casa, llamaré casa-clínica y un departamento.

A las casas se les han realizado algunas adaptaciones, ambas se encuentran en colonias de clase media, ubicadas al sur de la ciudad, a pesar de ser grandes, no cuentan con suficientes espacios abiertos. Por otro lado, el departamento es habitado por usuarios(as) que se encuentran en la última etapa de su tratamiento, y se les prepara para vivir de forma independiente. Este inmueble está justo frente al centro de día. El departamento mide aproximadamente 100m² y está ubicado en un edificio nuevo el cual cuenta con gimnasio y alberca, espacios a los que quienes habitan el departamento tienen acceso. La distribución del departamento consta de tres habitaciones, dos baños y medio, una cocina abierta que da hacia el comedor y la sala, lo que le da un sentido de gran amplitud; asimismo está amueblado con poco menaje, de estilo minimalista.

La “casa-clínica”, que es donde habita la mayor parte de la población, se encuentra en una zona habitacional, donde hay algunos negocios que ofrecen servicios a la comunidad como tintorería, purificadora de agua, lavandería, tienda de abarrotes, un par de cafés, entre otros comercios que no turban la tranquilidad de la calle, donde habitualmente se encuentra a niños jugando, gente lavando sus autos, saliendo a trabajar, entre otras actividades cotidianas.

La fachada de la casa es agradable ya que está bien conservada y tiene una pequeña área verde bien arreglada, dando la impresión de ser una residencia más aunque

³⁹ Como parte de la logística de las actividades, para ir al centro de día una camioneta pasa por las y los usuarios por la mañana y les regresa a la hora de la comida, lo cual es opcional, pues hay quienes deciden quedarse en el centro de día a comer y continuar participando en los talleres.

las y los vecinos tienen bien identificada a la casa como una clínica terapéutica, y parecen estar habituados a las y los usuarios que pasean constantemente a los alrededores, asimismo, sucede con la gente de los comercios aledaños que conocen a las y los usuarios.

La entrada de la casa tiene dos puertas, una es a la puerta principal y otra da a la cochera, la puerta de acceso es esta última, está enmarcada por un pequeño jardín, y por un pasillo bastante reducido debido a la ampliación de la construcción, que incluye pequeños cubículos que funcionan como oficinas para el personal.

La casa cuenta con dos plantas, está amueblada como una vivienda convencional, al estilo minimalista. La distribución de la planta baja está conformada por la oficina del director y los espacios comunes, que son dos salas de estar, una de ellas con televisión, la cual siempre está ocupada con usuarias(os), por otro lado en el salón principal hay un comedor para doce personas, al lado hay una pequeña cocina. Esta planta cuenta con dos medios baños, uno para el personal y otro para usuarias(os), el de personal se encuentra permanentemente cerrado, por lo que el más usado es el de usuarios(as), que suele estar sucio. La planta alta está conformada por habitaciones, alrededor de cinco recamaras, las cuales se comparten por sexo; la decisión de quién comparte con quién la definen las y los terapeutas. También hay baños, los cuales son comunes, por otro lado la decoración y orden de cada habitación dependen de cada usuaria(o), lo cual les da un grado de libertad y les permite apropiarse de sus espacios.

La casa está decorada con afiches de pinturas famosas y algunas plantas. El espacio trata de ser acogedor, pero es difícil sentir privacidad ya que siempre hay movimiento, a menos de que la mayor parte de las y los usuarios(as) hayan salido a alguna actividad.

El patio de la casa es pequeño para la cantidad de personas que acoge la vivienda, y es en este lugar donde las y los usuarios(as) juegan, platican, fuman y se sientan a descansar. Una parte de este patio la conforma una cochera techada, que se utiliza como área común, esta parte de la casa es un tanto sombría, es un área donde siempre hay mucho tránsito y que cuenta con dos sillones, una mesa y sillas de jardín. La parte posterior del patio es un área abierta, que tiene una sombrilla, mesa y sillas de jardín, tiene en una de las paredes una cesta donde los usuarios practican tiros de *basket ball*, o bien juegan frontón tirando a la pared (nunca llegué a ver usuarias practicando estos deportes). En esta área hay algunas macetas, mas la apariencia del lugar es parca; asimismo, hacia este patio dan algunas de las habitaciones, ya que la casa está dividida en dos, en este caso el área posterior parece ser una ampliación, que forma parte de la adaptaciones de la casa para el uso que tiene ahora, la cual cuenta con alrededor de seis habitaciones, de las cuales la mitad son compartidas. En cada piso hay un baño y una sala de estar con sillones, estas salas suelen estar descuidadas, ya que los muebles están sucios y maltratados, en ocasiones hay mal olor y llegan a carecer de limpieza constante. Cabe señalar que usualmente los demás espacios cuentan con una higiene adecuada, siendo éstas áreas descuidadas a mi parecer, por lo aisladas que están de los demás espacios comunes donde deambulan la mayor parte de los y las usuarias(os) así como el personal.

La otra casa, la cual es el centro de día, como ya mencioné está ubicada en una colonia aledaña al lugar donde se encuentra la "casa-clínica". Este lugar, al igual que el otro, aparenta en la fachada ser una residencia, pues también se encuentra en una zona habitacional y no muestra algún letrero, señal o propaganda (lo mismo sucede con las otras instalaciones). La entrada da a la cochera, por el lado izquierdo se accede al interior de la casa, de entrada hay un recibidor con un pequeño sofá, a los costados hay

dos salones, uno de ellos de usos múltiples, otro que solía ser una sala de estar y descanso, que se convirtió en el área del taller de impresión⁴⁰. Esta casa, cuenta con dos plantas, en la parte de arriba hay oficinas y dos espacios con sillones que funcionan como salones de juntas. La decoración en todo el espacio es sencilla, pero cálida, el piso es de madera laminada, los techos y paredes cuentan con molduras decorativas. En el fondo de la cochera, que en este caso si se utiliza como tal, hay una mesa y sillas de jardín donde comen y descansan los y las usuarias. Al lado se encuentra la cocina, afuera de ésta hay un pequeño jardín que da también al salón de usos múltiples que se conecta con la cocina; estos espacios son luminosos y amplios. En la parte posterior hay dos cuartos, que parece funcionaban en el pasado como cuartos de servicio y de bodega. Ambos cuentan con medio baño y en éstos se imparten los talleres de encuadernación y arte. Estos espacios son pequeños y no alcanzan a cubrir las necesidades del establecimiento, por lo que se han impuesto horarios de trabajo separando a las(os) usuarias(os) por grupos, con el fin de que quepan y que las talleristas les puedan prestar la debida atención.

No omito decir, que a pesar de haber casos graves, la mayoría de usuarias(os) guardan cierta funcionalidad en sus habilidades sociales, es decir, las condiciones en las que se encuentran son muy distintas a la de las y los “pacientes” de hospitales psiquiátricos, donde se les divide por pabellones y la mayoría de usuarios(as) están en situaciones deplorables en cuanto a aseo, asimismo, la medicaciones son más drásticas.

Por otro lado, es importante decir que las y los usuarios(as) reciben visitas de familiares cercanos. La convivencia con sus familias se da tanto dentro, como fuera de la casa. Esta dinámica es igual para las mujeres que tienen hijas e hijos. Cabe mencionar

⁴⁰ Esta transformación conllevó quejas y observaciones por parte de las y los usuarios(as) dejando ver que eso les producía una sensación de ser siempre observados y ya no tener un espacio para el ocio, ya que éste se tornó un lugar para llevar a cabo un taller productivo. Esto me parece deja ver de alguna forma cómo la tendencia del tratamiento busca hacer de las y los usuarios(as) personas productivas, que no “pierdan” el tiempo, lo que ha llevado a que los espacios para realizar actividades libres sean restringidos e inciten a las usuarias(os) a seguir la lógica impuesta por la institución.

que la comunicación vía telefónica es restringida, ya que la línea de la casa sólo se les permite usar para cosas muy concretas y dichas llamadas son controladas por quienes estén a cargo del lugar según el horario, esto ha llevado a que los teléfonos móviles sean un elemento importante para su comunicación.

En el caso de las mujeres con las que trabajé son “pacientes” que se encuentran en recuperación y que han logrado salir de estos periodos de crisis, es decir, que tienen contacto con la realidad concreta (ubicación tiempo, espacio y persona, no tienen alucinaciones y cuentan con la posibilidad de estructurar un discurso) así como la habilidad de relacionarse socialmente sin incurrir en violencia. Es importante mencionar que a las y los usuarios(as) que presentan dichas características dentro de este espacio se les permite salir con acompañantes terapéuticos o en ocasiones solas(os), esto según los criterios de los(as) terapeutas. Igualmente según el caso, tienen acceso a trabajos remunerados, ya sea en un taller protegido de encuadernación, que se lleva a cabo en la comunidad, o en otros espacios donde se acepta a personas con discapacidad.

El trabajo que se realiza dentro de la clínica define mucho la manera en que construyen lo que significa encontrarse internadas y alejadas de sus espacios cotidianos.

Dentro de esta comunidad terapéutica se realiza un trabajo particular con cada “paciente”, sin embargo, la dinámica general se basa en la realización de talleres y actividades que inciten a que éstas(os) exploren su creatividad, adquieran habilidades y resuelvan sus conflictos personales. Dichas actividades en su mayoría son dirigidas por acompañantes terapéuticos, psicólogas(os) y psicoanalistas que laboran o colaboran dentro de este lugar⁴¹. El que los talleres se realicen en un espacio separado a la casa, es

⁴¹ El enfoque desde donde se aborda el tratamiento es desde el psicoanálisis. Al frente de la clínica está un psicoanalista, quien atiende a muchos(as) de los y las pacientes; otros(as) acuden con analistas externos. Asimismo, el director del lugar supervisa todos los casos y da instrucciones sobre qué hacer o no con cada paciente, igualmente él es quien habla con los familiares y en muchos casos llega a ser el vínculo entre el/la paciente y la familia.

con el fin de que las y los usuarios identifiquen una clara diferencia entre espacio de trabajo y el lugar donde habitan.

Dentro de la comunidad también trabajan enfermeras, personal de cocina y limpieza, quienes no intervienen en las actividades de carácter terapéutico de manera formal, sin embargo, es importante mencionar que estas personas son quienes pasan mayor tiempo con las y los usuarios(as) y en muchas ocasiones quienes mejor los y las conocen y con quienes más vínculos llegan a formar⁴².

Al frente de esta institución está el fundador de la comunidad que es conocido como el “doctor”⁴³ Manuel⁴⁴, la persona que está como segunda a cargo es la “doctora” Alejandra, quien atiende gran parte de las cuestiones que suceden día a día en la comunidad. Ambos supervisan los casos y son quienes se reúnen con las familias de los y las usuarias(os). En muchas ocasiones indican qué posturas tomar con cada “paciente” de la comunidad, con el fin de propiciar mejoras.

Como parte del tratamiento, a cada usuario(a) se le asigna a un(a) psicólogo(a) o psicoanalista y esta persona es la encargada de estar al tanto de manera cercana de lo que sucede con dicho(a) “paciente”. Su trabajo consiste en atender a la/el usuaria(o) cuando tenga algún conflicto, se sienta mal, o algo no le parezca. Este trabajo lo realizan por medio de citas periódicas o bien por petición de la parte tratada.

Por otro lado, también hay acompañantes terapéuticos, y cómo el nombre lo señala, acompañan a las y los “pacientes” en sus actividades cotidianas. Son

⁴² En este sentido las enfermeras son figuras importantes para las y los pacientes, pues ellas muchas ocasiones son quienes logran tranquilizarlos(as), negociar cuando hay inconformidades; asimismo, sobre ellas depositan la mayoría de quejas y molestias.

⁴³ Es interesante observar el atravesamiento de la institución médica dentro de la intervención que aquí se realiza, lo cual se refleja en cómo son nombradas las autoridades del lugar, es decir, con un grado que no ostentan en lo académico, pero que a nivel simbólico ostentan y representa el lugar de la autoridad médica y por lo tanto, del saber.

⁴⁴ Como ya se mencionó, con el fin de mantener la confidencialidad y el anonimato de la comunidad terapéutica, de los pacientes y el personal que allí labora, he cambiado todos los nombres de las personas que aquí menciono.

psicólogos(as) jóvenes, por lo general recién egresados(as), que tienen la función de contener, auxiliar y hacer intervenciones, con el fin de que las y los usuarios(as) puedan ir articulando las cosas que les suceden y de esta forma sentirse y funcionar mejor en las actividades que realizan, desde un lugar no represivo, lo que da pie a una escucha atenta. Tal labor se ejerce en los diferentes espacios con los que cuenta la institución y en las diversas actividades programadas como horas de comida, talleres, paseos, así como actividades personales como ir de compras, salidas de esparcimiento, visitas al médico, entre otras actividades cotidianas.

Como parte del trabajo, el equipo clínico tiene juntas semanales donde se discuten los casos, se reflexiona sobre qué modo de intervención es más conveniente con cada usuaria(o). Asimismo, se realiza un seminario teórico cada quince días, el cual tiene el fin de que las y los profesionales, así como personas en formación que laboran en este espacio puedan hacer mejores intervenciones, pues lo teórico se busca aterrizar a los casos específicos que hay en la clínica.

Asistir a estas reuniones fue una manera de acercarme más a las personas que laboran en la comunidad, lo que permitió que obstaculizaran en menor medida mi trabajo.

La atención y supervisión psiquiátricas están presentes, pero se da de forma externa, sin dejar de estar vinculada con el trabajo de la comunidad. Esto implica que casi todas(os) las y los pacientes están medicadas(os). Lo que es un elemento importante ya que si bien muchos de ellos y ellas lo requieren para poder tener funcionalidad en su cotidianidad y conseguir una interacción más estable con las otras(os), la medicación también implica otras consecuencias como somnolencia, disimula síntomas psíquicos que aun no se resuelven, así como otros efectos secundarios, particulares en cada persona.

Cabe mencionar que esta comunidad no opera de la forma en que lo hacen la mayoría de espacios que se dedican a trabajo con personas con psicosis, una de las diferencias que tiene con los espacios más tradicionales, como los psiquiátricos, es que no es un lugar de encierro, pues todas y todos los usuarios(as) salen ya sea con compañía o bien hay a quienes se les permite salir solas(os), algunas(os) incluso tienen llaves de la casa. Estas concesiones se hacen según la evolución en el tratamiento que los y las profesionales consideren tenga la o el “paciente”, lo cual se determina según el grado de independencia, su contacto con la realidad concreta –tiempo y espacio-, que no tengan episodios agresivos donde puedan lastimarse o lastimar y su capacidad de cumplir acuerdos y respetar las reglas de la comunidad⁴⁵. Lo anterior forma parte de reglas tanto implícitas como explícitas del reglamento; los criterios que definen esto los he conocido tanto en las juntas clínicas como en situaciones cotidianas que se dan entre el personal terapéutico y las(os) usuarias(os).

Los talleres están divididos en dos, uno es el de trabajo protegido⁴⁶ y otros son de esparcimiento. Todos tienen como fin realizar un trabajo terapéutico y brindar a las y los usuarios(as) herramientas para ser independientes e impulsar su creatividad, tener momentos de recreación, así como adquirir o reforzar habilidades productivas. Cuentan con supervisión de acompañantes terapéuticos que cumplen el papel de talleristas, en

⁴⁵ Presento el reglamento del Centro de día: Respetar a mis compañeros y al personal que me atiende al plantear mis dudas y peticiones de manera correcta sin insultar y gritar. No maltratar los objetos, muebles e instalaciones del centro de día, respetando también las cosas de mis compañeros. En caso de actuar de manera inadecuada deberé pagar y o reparar el daño ocasionado. Cuidar a mi persona, realizando diariamente mi aseo personal, constatando que mi ropa siempre esté limpia y en buenas condiciones. Asimismo, alimentándome debidamente, realizando ejercicio y tomando los medicamentos que me sean indicados por mi psiquiatra. Acepto no salir sólo de la casa hasta que me lo permitan, es decir, cuando me sienta bien para estar en la calle sin compañía, por lo que bastará con pedir que me acompañe a donde necesite ir. Mantener limpios los espacios, sin basura, recogiendo el material o utensilios que utilice. En lo que respecta a los alimentos, colaborar si es necesario en la preparación, poner la mesa, servir y lavar los platos. Asistir puntualmente a las diversas actividades que se realicen en el centro de día. Si se va a realizar algún cambio de horario es importante avisar al tallerista. Compartir con mis compañeros y cuidar las cosas con las que contamos (l.v., dvd, juegos de mesa, libros, materiales, etc.) Siempre podremos hablar y negociar sobre el uso de éstos, para ser justos y nunca abusar unos de otros. Colaborar con el personal del centro de día en diversas labores domésticas cuando éste lo requiera. Fumar solo en los espacios asignados.

⁴⁶ Trabajan bajo proyectos por encargo de empresas y particulares, que son contactados por el área de enlace institucional de la comunidad; tales encargos son fijados para entregarse en una fecha límite y con especificaciones particulares, en algunos casos son las y los usuarios(as) quienes diseñan los productos.

estos se les permite trabajar a su ritmo y se encuentra dentro del espacio físico de la comunidad.

El taller de trabajo protegido se realiza de diez de la mañana a dos de la tarde y de tres a seis. La labor que se realiza es la de encuadernación, quienes participan reciben un pago por hora de trabajo y se les asignan actividades según sus habilidades y gustos. Cada persona participa las horas que decide y que puede, según sus condiciones y los acuerdos a los que haya llegado con las talleristas.

Esta actividad es la más importante dentro de la comunidad, ya que permite a las y los usuarios tener ingresos económicos y aprender un oficio que se espera en algunos casos, puedan desempeñar en un futuro fuera de la comunidad. A pesar de que la participación se supone es voluntaria (en la práctica no resulta ser así en muchas ocasiones), se trata de procurar la asistencia constante de las y los usuarios por parte de la institución, con el fin de que se responsabilicen de dicho trabajo, pues la institución se compromete a cumplir en tiempo y calidad con los pedidos. Para que estuvieran capacitadas(os) para este trabajo, una de las talleristas con formación en antropología, que domina el oficio de la encuadernación y se ha especializado en sus diversas técnicas, dio un curso previo al comienzo del taller para que estuvieran preparadas(os). Las personas de nuevo ingreso a la clínica van aprendiendo sobre la marcha, auxiliados(as) por el personal de este taller y los(as) demás usuarios(as).

Asimismo, al final de mi observación se introdujo otra modalidad de trabajo protegido que es el taller de serigrafía, taller que conocí en la fase de capacitación, por lo que no alcancé a conocer su funcionamiento, pero pretende ser muy similar al de encuadernación.

Los talleres no remunerados y que tienen mayormente fines de esparcimiento y reforzar habilidades sociales son cocina, música, danza y artes plásticas. La asistencia se

supone es voluntaria, pero al igual que en encuadernación se les incita a no faltar y a involucrarse de forma activa, o bien algunos psicólogos no les permiten faltar, aunque la usuaria(o) no esté interesada(o) en la actividad.

Es dentro de este contexto que llevé a cabo mi observación, el cual presentó características que en algunas circunstancias obstaculizaron mi observación, sobre esto hablo en el siguiente apartado.

2.3 *¿Y tú, a qué vienes?: obstáculos en el campo.*

Como parte de mi intervención, me encontré con ventajas, pero también con obstáculos que entorpecen el acceso a las actividades y a la interacción con las y los usuarios(as), mas esto es consecuencia de ser una “intrusa” observadora en el campo de investigación.

Mi entrada a la comunidad fue sencilla ya que anteriormente había colaborado en este espacio⁴⁷, pese a todo, el proceso de integración al establecimiento no fue del todo fácil, por diversas circunstancias que se presentaron, como las reacciones de mesura y desconfianza por parte de algunos(as) terapeutas y acompañantes.

Algunos factores que pueden estar relacionados con dicha situación, radican en que una persona externa en un espacio de trabajo representa una amenaza para la gente de ese lugar, puesto que no se sabe qué busca, qué hará con lo que observe y eso cómo impactará en sus propios intereses; situación que surge en cualquier espacio, no solo en el caso de la investigación; sin embargo, esto es importante reportarlo ya que forma parte de las resistencias inherentes al funcionamiento de las instituciones en relación a

⁴⁷ Mi acercamiento a esta comunidad terapéutica se dio hace cuatro años, por medio de mi práctica profesional, que en ese entonces consistía en hacer acompañamiento con jóvenes diagnosticados como psicóticos, en este trabajo se me pedía asistir a un seminario teórico-práctico, con el fin de reforzar mi formación clínica. La parte práctica la desempeñé en dicha comunidad, donde colaboré durante un año como acompañante terapéutica, donde di junto con otro psicólogo, compañero del seminario, un taller de artes plásticas con material de desecho; asimismo, impartí asesorías de secundaria abierta a dos de las “pacientes”. Durante este periodo me familiaricé con la mayoría de usuarios(as) y el personal.

las figuras emergentes que puedan alterar el orden de las cosas (Castoriadis, 1986). Igualmente influye no haber sido presentada con la parte del equipo de trabajo con quien yo estaría en contacto⁴⁸.

Esto lo asocio con lo sucedido el primer día que llegué al taller de encuadernación; la pregunta que vino después de presentarme fue ¿tú a qué vienes exactamente?, ante mi explicación tomaron una postura lacónica, lo cual considero se debe a que no sabían con precisión con que fin estaba allí, por lo que al quedarse calladas la actitud fue cavilante.

Pese a lo anterior, un factor que me permitió ser aceptada en el taller fue que me integré de forma activa al trabajo, por lo que recién ingresé la encargada del taller se acercó a enseñarme técnicas de cosido, pues tenían cercana una entrega importante y requerían ayuda en los procesos de manufactura de mayor complejidad. Este hecho contribuyó a que me tomaran más en cuenta en el espacio e incluso comenzar a tener una breve conversación y un trato más cordial.

Situaciones similares se dieron en otros momentos y actividades, donde por medio de mi presencia constante, mi participación se volvió más familiar y quizá esto *camuflajeó* un poco mi lugar de observadora.

2.4 Las voces que abrieron otro camino.

Es importante mencionar que al entrar al campo mi investigación se transformó en gran medida, pues me percaté que la población no reunía las características que yo había especificado⁴⁹ inicialmente, esto en un principio me pareció un obstáculo y un motivo para buscar un nuevo lugar; sin embargo, conforme me fui adentrando en dicha

⁴⁸ La persona que era la encargada de hacer esto el día que asistí por primera vez a las actividades del centro de día llegó muy tarde, por lo que tuve que presentarme por mi cuenta.

⁴⁹ Inicialmente había centrado mi investigación en mujeres entre los 40 y 60 años, que tuvieran hijos(as), en etapas de la adolescencia a la adultez.

comunidad, pude percatarme que a pesar de que solamente había una mujer que era madre en el momento en que me integré, algunas otras manifestaron inquietud respecto al tema, ya sea porque consideran que no podrían ser madres, porque les da miedo, las han esterilizado y les hubiera gustado tener hijos, o bien vivieron esta situación como un abuso⁵⁰, etc. Por esta razón decidí acercarme a lo que el campo me ofrecía, ya que descubrí la posibilidad de encontrar una amplia gama de experiencias en torno a esta temática, las cuales enriquecen aun más mi estudio.

Cabe mencionar que cualquier espacio donde se acuda a investigar va a presentar características muy particulares, que confrontarán a quien lo explore de formas inesperadas (Ana Amuchástegui, 2001; George Devereux, 2005). Ante esto, se vuelve parte de la metodología el tener presente que la manera de aproximación irá cambiando en relación a lo que el lugar de trabajo demande. En el caso del presente estudio las transformaciones al dispositivo no se han hecho esperar. A continuación muestro tales cambios.

La técnica de entrevista a profundidad semi-estructurada, que había planteado inicialmente, en la entrevista piloto que realicé, resultó ser una herramienta un tanto rígida, que no me permitió conocer de forma amplia las experiencias y concepciones de esta mujer sobre la problemática que planteo; en consecuencia se planteó más bien como una entrevista abierta, la cual fui dirigiendo según los intereses de la investigación.

En la realización de esta entrevista, a pesar de haber tenido la entusiasta cooperación de la entrevistada, puede ver que en el momento en que establecí un rapport tan estructurado, donde encendí una grabadora y establecí preguntas concretas, manejó un discurso limitado, ya que aunque muchas de sus respuestas permiten ver un

⁵⁰ Es importante mencionar que a pesar de haberme encontrado con esta diversidad de situaciones, lo reducido de la muestra se debió a que se buscaron características muy específicas en las entrevistadas, así como que ellas mismas accedieran a participar en la investigación.

malestar ante muchas situaciones que atraviesa en la cotidianidad y sobre los espacios institucionales en los que está inserta, sus respuestas fueron parcas, poco críticas y no manifestó muchas molestias, que al finalizar la entrevista si señaló, por ejemplo, algunas quejas sobre el espacio terapéutico y sus compañeros(as), así como las molestias que tiene respecto a su pareja. Aunado a esto, en el trabajo que realicé con ella, de asesoría en un módulo de secundaria abierta, me permitió conocer muchas cosas, que en la entrevista no dio oportunidad de profundizar.

Considero que lo anterior obedece a que estas mujeres están en un constante control por parte de la institución de la salud, donde repetidamente son evaluadas y observadas, lo que da como consecuencia que dicha percepción se pueda reproducir en una entrevista de esta índole y las respuestas se vuelvan programadas, ante la posibilidad de ser calificada.

2.5 Me obligaron a venir: las relaciones de poder en el ámbito de la salud mental.

Las relaciones de poder son parte inherente de cualquier producción y relación humana, ya que éstas toman lugar siempre dentro de la interacción social así como en las construcciones culturales.

En todo espacio, a su vez, se gestan *relaciones de poder* que construyen la trama de lo cotidiano y se expresan mediante ritos y ceremonias, normas y reglas y el uso de técnicas que marcan los cuerpos; cada forma que asumen las relaciones de poder inscribe en los cuerpos sus propias sentencias. Es en estos espacios *magmicos* donde se producen los sujetos. (García, 2002, p. 51).

Esta ingerencia protagónica de las relaciones de poder en la producción social implica que éstas sean dinámicas, con el fin de que se perpetúe su continuidad, por lo que responden a las concepciones culturales y al contexto histórico del momento en que toman lugar, asimismo se legitiman dentro de los saberes hegemónicos.

Es decir, toda experiencia sumerge a los sujetos en órdenes explícitos e implícitos de saber y en tipos de funcionamiento del poder que, entrelazados y en continua

interrelación, producen un tipo de subjetividad que es la propia de una sociedad en un momento dado. [...] Así, las formas de saber y las formas de funcionamiento del poder producen un tipo de *subjetividad* que es la propia de cada sociedad en un momento dado. (García, Canal, 2002, pp.23 y 24)

Respecto a lo anterior, podemos dar cuenta de cómo las instituciones de la sociedad se transforman en relación a su propia historia y al lugar que tienen en las estructuras sociales, con el fin de no perecer y seguir ejerciendo el poder que ostentan. Dentro de la institución de la salud mental, los establecimientos de atención a los y las “enfermas” son espacios donde los discursos cobran vida y transforman paulatinamente los mecanismos de disciplinarización y normalización de los que se valen en sus prácticas, sin que los discursos que dieron origen a esas *praxis* dejen de subyacer a las transformaciones que aparentemente han dejado atrás. Es así que estos lugares, a pesar de ya no aplicar métodos ahora considerados crueles e inhumanos dentro de sus tratamientos, siguen en busca de corregir lo “anormal”, con nuevos procedimientos, legitimados por los saberes especializados, que se justifican en perseguir el bien común.

Por lo que me parece importante mencionar que la forma en que trabajan tradicionalmente los centros de tratamiento para atención de “enfermos(as) mentales” es bajo un esquema de encierro, donde a las y los usuarios(as) se les administran grandes dosis de medicamentos y su palabra es considerada un desvarío que hay que acallar. Sin embargo, el lugar donde he llevado a cabo esta investigación desde su discurso busca no operar así, lo cual da un giro a las condiciones de las y los usuarios(as), pues abre la posibilidad de interactuar sin estar completamente sedadas(os), de ser sujetos activos(as) dentro de las redes de poder, inherentes a las relaciones humanas, ya que tienen oportunidad de resistirse mediante las quejas, por actos que transgreden las reglas, así como pueden negociar algunas de éstas. Es decir, es una institución que busca alejarse de los abordajes tradicionales y trata de mantener una postura crítica

frente a éstos, basándose en los postulados del psicoanálisis, donde no se piensa la psicosis como una enfermedad, sino como una estructura psíquica, que como en cualquier otra estructura manifiesta síntomas que causan sufrimiento.

El caso del psicoanálisis es efectivamente interesante. Se estableció contra un cierto tipo de psiquiatría (la de la degeneración, del eugenismo, de la herencia). Esta práctica y esta teoría – representadas en Francia por Megnan-, han constituido su gran rechazo. Entonces efectivamente, en relación a dicha psiquiatría (que continúa siendo por otra parte la psiquiatría de los psiquiatras de hoy), el psicoanálisis ha jugado un papel liberador. Y en ciertos países (pienso en el Brasil) el psicoanálisis jugó un papel político positivo de denuncia de la complicidad entre los psiquiatras y el poder (Foucault, 1992, p.108).

A pesar de lo anterior, la comunidad terapéutica B no se escapa por completo de la mirada convencional de la salud mental, ni renuncia a los procedimientos clínicos de medicación y diagnóstico, que marca el abordaje psiquiátrico. Tal situación parece responder al hecho de haber una parte tratante y otra tratada, lo cual establece una diferencia sustancial entre unos(as) y otras(os). Esto coloca al grupo de “pacientes” en el lugar de las y los sujetos a quienes se busca curar o “mejorar”, y para intentar lograr esto se les inserta en una serie de formas de control que implican ser observadas(os), conocer sus “casos”, medicarles y tratar de que ingresen a las reglas de los “normales”. Asimismo, en la práctica diaria se pueden ver inconsistencias que develan prácticas donde la balanza del poder se inclina siempre hacia el o la profesional. En consecuencia, sus estrategias en el ejercicio del poder son más sutiles, enmarcadas en un discurso políticamente correcto.

El psicoanálisis en algunos de sus logros, tiene efectos que entran en el marco del control y de la normalización. El psicoanálisis encuentra una de sus posibilidades de emergencia en el gran esfuerzo de disciplinarización y de normalización desarrollado durante el siglo XIX. Freud lo sabía bien. En realidad en el terreno de la normalización era consciente de ser más fuerte que los otros. Entonces ¿a qué viene ese pudor sacralizante que consiste en decir que el psicoanálisis no tiene nada que ver con la normalización? (Foucault, 1992, p. 108).

Como ejemplo a esto cito la siguiente situación, que se dio entre un miembro del equipo clínico y yo:

Alejandra: Oye Paola, me gustaría comentarte algo, tú que estás trabajando con mujeres, bueno, no se si ya conoces a Karen⁵¹.

Paola: Sí, acaba de ingresar hace como dos semanas, ¿no?

Alejandra: Así es, y pues a mi me gustaría que la entrevistaras, pues como que allí hay cosas raras, ella como que tiene rasgos muy masoquistas, sería interesante ver qué dice, a ver qué sale.

En este caso me parece que el diagnóstico funge como un elemento que permite observar y tratar al sujeto desde una perspectiva particular, que le coloca en un estatus, donde se justifican acciones de vigilancia, enmarcadas en una mirada científica, que se legitima en aras de su bienestar y recuperación. Son las y los profesionales de la salud, quienes miden el grado de recuperación, basándose en la cercanía que la (el) sujeto tiene con respecto a los ideales de normalidad, impuestos por los discursos dominantes.

La observación y control en el trato cotidiano se dan por medio de acciones sutiles y otras no tan sutiles, legitimadas por el marco institucional, que se dan en todo tipo de espacios normativos. Como ejemplo cito lo que Karen me contó, en tono de queja.

Paola: Hola Karen, ¿cómo has estado?

Karen. Estoy muy enojada, me obligaron a venir, odio a Oscar, es un maldito, me hizo venir aunque le dije que yo no quería, yo estaba muy a gusto en la casa, revisando mis correos, viendo lo que me han mandado mis amigos, no es justo. Además yo había quedado con Alejandra en que iba a venir cuando yo quisiera, que no tenía que venir a los talleres cuando me sintiera mal; además yo ya había venido en la mañana a danza y le dije eso a Oscar y sabes qué me contestó: si, esto no es danza es música, así que vas. O sea me trató como si fuera una idiota, pues es obvio, yo ya se que no es lo mismo.

La experiencia que narra esta usuaria, donde Oscar, el psicólogo-cuidador, le exige asistir a un taller⁵² remite a lo mencionado anteriormente, donde mira esta

⁵¹ Karen es una joven de 17 años, que ingresó aproximadamente hace un mes a la comunidad por intento de suicidio.

⁵² A pesar de que el modelo de intervención que se aplica en Casa B señala que la participación debe ser a voluntad de los(as) usuarios(as), según sus intereses, es decir, la labor del psicólogo en este caso sería instar y animar a la usuaria a asistir, no obligarla. En caso de que el/la usuario/a se niegue a participar en todas las actividades sin estar imposibilitada(o), se supone se debe llegar a acuerdos con ésta(e). Esta

situación como un acto coercitivo, donde su palabra no es escuchada y por lo tanto la relación de poder que atraviesa esta situación la coloca en un lugar de desventaja, esto lo refiere Foucault (2005) en sus seminarios titulados "El poder psiquiátrico", señala que el "loco" al haber perdido la razón, es ubicado en la última escala de la jerarquía social, lo cual le lleva a perder todos sus privilegios y libertades; pone el ejemplo de un rey, quien al haber perdido la razón pierde su estatus de monarca y es vigilado y controlado por quienes solían ser sus lacayos, es en ese momento que el rey pierde sus privilegios de soberano y pasa a ser observado y regido por sus sirvientes, en este punto dice Foucault (2005) que el cuidador funge como parte de quien ejerce un saber sobre el otro. La vigilancia y coerción al "loco(a)" se vuelve un trabajo orquestado por una serie de personajes que escuchan la palabra y voluntad del "alienado(a)" como algo que hay que someter y castigar.

Este, yo estoy yendo con un psiquiatra, porque un terapeuta me mandó con él, y yo he ido con psicólogas, a mí no me gusta que la psicóloga me diga lo que tengo que hacer y lo que no tengo que hacer, a mí no me gusta que una psicóloga y yo vaya a terapia y me diga, este usted tiene que hacer esto, y ahora esto y quien sabe qué.

Rebeca

Lo anterior considero que se relaciona con el lugar que tiene el discurso del "paciente" frente al discurso del profesional de la salud, donde la palabra de este último cobra mayor peso que la de esta usuaria, pues esto se fundamenta en que el profesional tiene un saber especializado, del cual se dice la/el "enferma(o)" carece.

...el saber transmitido adopta siempre una apariencia positiva. En realidad, funciona según todo un juego de represión y de exclusión...exclusión de aquellos que no tienen derecho al saber, o que no tienen derecho más que a un determinado tipo de saber; imposición de una cierta norma, de un cierto filtro de saber que se oculta bajo el aspecto desinteresado, universal, objetivo del conocimiento; existencia de lo que podría llamarse: <<los circuitos reservados del saber>>, aquellos que se forman en el interior de un aparato de administración o de gobierno, de un aparato de producción, y a los cuales no se tiene acceso desde afuera. (Foucault, 1992, p.32.)

información la conocí, durante las juntas clínicas que realizan cada semana para analizar los casos y planear ciertas intervenciones de ser necesario.

Relacionado a esto, retomo lo dicho por Elena⁵³, usuaria de la comunidad quien cuestiona los métodos que se utilizan para controlar sus conductas, la escucha que ejecutan las y los profesionales, erigiéndose desde un saber superior al de las y los “pacientes”.

Les pedí hacer un acuerdo con mis horas de trabajo, ya que yo casi no necesito tomar descansos. La petición que yo hice en el mercado libre la hubieran escuchado con objetividad; pero en cambio aquí como todos(as) son psicólogos(as), con todo respeto a ti que eres psicóloga, le buscan mucho. Te escuchan pensando que ellos son los sanos y tú la enferma, y todo lo analizan, empiezan a pensarle otros significados, no pueden escuchar una petición sin pensar que es sólo eso, y bueno, dime tú ¿qué forma es esa? Mi forma de ver la patología es diferente.
Elena

La forma de aproximación de la que se queja Elena por parte de los terapeutas, parece responder a la forma de producción de los discursos, donde las verdades reposan en las redes de poder que erigen a los saberes y a las instituciones, y que excluyen a ciertos grupos que están alejados del ejercicio del poder (Foucault, 1992). Es decir, en algunas intervenciones, donde el o la profesional se coloca desde un lugar de saber, es común que el discurso del “paciente” se escudriñe para rastrear lo que en “verdad” quiere decir, pues su palabra al estar atravesada por la “enfermedad” no tiene valor como tal.

Para contrarrestar estas tecnologías de poder⁵⁴, surge lo que Foucault (2001) nombró como resistencia, estrategia inherente a las relaciones de poder, mediante la cual las y los sujetos buscan escabullirse de las diversas formas de coerción. “La resistencia actúa, tiene materialidad, son cuerpos que ejercen la libertad de sustraerse a

⁵³ Elena tiene aproximadamente 55 años, lleva internada en la clínica poco más de tres años. Es una mujer con alto nivel educativo, que tuvo una vida laboral prolifera, sobre la que por motivos de confidencialidad no daré detalles. Es divorciada y tiene tres hijas adultas.

⁵⁴ Concepto que acuñó Foucault(2001) que hace alusión a aquellos procedimientos y estrategias por medio de los cuales se articulan las relaciones de poder dentro de la sociedad, dentro de estas tecnologías del poder, la anatomía política funge como un medio primordial para disciplinar a los cuerpos. “Foucault muestra que esta tecnología produce una verdadera *microfísica del poder*, ya que tiene en cuenta cuestiones pequeñas, ínfimas, detalles, una microfísica que va más allá del funcionamiento de estados y gobiernos, de lo macro, para centrar su atención en lo pequeño, aparentemente sin importancia, en lo micro” (García, 2002, p.63)

la relación de poder y voluntades plenas de obstinación. La resistencia se encarna en los cuerpos, base física y material de los sujetos.” (García, Canal, 2002, p. 42).

En este mismo sentido, Castoriadis (1986) señala que las instituciones van adaptándose a los nuevos paradigmas, para lo cual adoptan y funcionalizan los discursos emergentes, que buscan hacer críticas y movimientos en las redes de poder, por lo que sofistican la nombrada por Foucault (2001), anatomía política⁵⁵. “Aquellos que ejercen el poder, que actúan sobre las conductas de los otros, están también obligados a “inventar” nuevas formas de incitación o de seducción para lograr que los sujetos actúen conforme a sus objetivos, o bien, a inventar nuevas formas de disuadir o limitar la acción.” (García Canal, 2002, p. 40). Ante estas adaptaciones camaleónicas, las y los sujetos también reaccionan. Una de esas reacciones son las críticas a los discursos, que conllevan cuestionarlos y poner en duda su legitimidad. Esto fue algo que encontré a lo largo de mi experiencia en el campo de manera cotidiana, así como en las entrevistas.

...Cuando veo muchas de las cosas que hacen me doy cuenta que si, son doctores, como muchas veces les llaman, ¿no? Pero doctores de la irresponsabilidad, doctores en irresponsabilidad, de eso es su doctorado, porque muchas de las cosas que hacen a mi me parecen muy negligentes, y ejemplos hay muchos...

Elena

Porque él me decía unas cosas, un día me dijo una cosa que a mi me ofendió y le dije los psiquiatras están más locos que los propios pacientes y nada más se sientan a escuchar y cobran dinerales; y eso lo ofendió; pero si a mi un médico me dice cosas yo me pongo al brinco, sea particular o público o sea, a donde yo vaya me pongo al brinco...

Rebeca

Estas manifestaciones de crítica respecto al lugar en que se colocan los poseedores de los saberes formales, responden probablemente a estrategias de

⁵⁵ El término de anatomía política hace alusión a la disciplinarización de los cuerpos, por medio de métodos que controlan a detalle las operaciones de estos, garantizando su docilidad y utilidad, es así como las disciplinas como formas de dominación se instituyen durante los siglos XVII y XVIII. “El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone. Una “anatomía política”, que es igualmente una “mecánica del poder”, está naciendo; define cómo se puede hacer presa en el cuerpo de los demás [...] para que operen como se quiere, con las técnicas, según la rapidez y la eficacia que se determina.” (Foucault, 2001, p.141).

resistencia, que permiten ver que la subjetividad y las experiencias particulares “ponen en jaque” los fundamentos que sostienen a las instituciones, las cuales pretenden marcar a las y los sujetos con discursos totalizadores. Lo que hace inminente, como mencioné hace un momento, la sofisticación de las respuestas dentro de las dinámicas del poder, por parte de los saberes que dan sentido a la normalización de estas mujeres.

En este punto me parece importante hablar sobre la medicalización, la cual implica un ejercicio del poder sobre los cuerpos, que norma y marca en lo físico el mandato de los saberes, los cuales ven en la “locura” una malestar que debe ser curado, por lo que se debe recurrir a nuevas formas de acción. Se dejó atrás el antes aceptado “chaleco de fuerza”, al no ser permitido ante la emergencia de la lucha y reivindicación por los derechos humanos. En su lugar han venido los “chalecos químicos”⁵⁶, científicamente aceptados y vistos como un elemento sanitario. Esta innovación médica se justifica, al ser considerada el medio más eficaz de combatir estados de crisis y equilibrar desordenes químicos, los cuales permiten acceder a la persona medicada a estados de lucidez, medidos en las posibilidades de interacción social⁵⁷.

Sin embargo, no se puede negar que en la mayoría de los casos, estos “chalecos químicos” acallan manifestaciones consideradas síntomas, que tal vez resultan formas de resistencia frente a malestares, consecuentes quizá de la rigidez sobre cómo se les demandó a nivel social vivir su feminidad, su maternidad⁵⁸, etc. Por lo que la medicación les dice desde lo simbólico que no son las mujeres esperadas por la norma y que su conducta debe ser modificada a como de lugar, pues responde a un estado

⁵⁶ Llamados así desde una perspectiva política nacida en la antipsiquiatría

⁵⁷ Éstas se basan en evitar episodios agresivos, recuperar el contacto con la realidad convencional, evitar ecolalias – repetición de palabras y sonidos carentes de sentido para los y las otras-, alucinaciones, episodios maniaco-depresivos, entre otras manifestaciones miradas como anormales.

⁵⁸ Cabe señalar que en el caso de los “chalecos químicos” no fueron una estrategia dirigida de forma exclusiva a las mujeres, sin embargo, como se ha venido mencionando a lo largo del trabajo, las construcciones genéricas tienen gran incidencia en las concepciones que existen sobre la “locura” y cómo esta se piensa como una afección habitualmente femenina.

considerado patológico, donde la noción de rehabilitación cobra sentido como una posibilidad de restablecer, mediante terapias y medicamentos la normalidad perdida.

...Yo fui internada en un lugar donde nunca se me había entrevistado, nunca se me hizo un diagnóstico y de inmediato se me medicó, fueron más o menos como seis pedacitos de un bote de medicina para cada seis o cuatro horas, no me acuerdo, andaba nada más con una bata, descalza porque nunca tuve una visita. Nunca tuve peine, nunca tuve cepillo, pasta de dientes. Yo no sabía ni qué hora era [...] y así fue toda mi vida allí adentro, pero drogada con medicinas que no conocía y sobretodo con el antecedente de que yo nunca había tomado un solo medicamento, ahora tomo muchos.

Elena.

Estos se convierten en una fuerza real, física, que impide que la persona exprese su unicidad. Así, los medicamentos se convirtieron en una fuerza real, física, que impidió que Elena, como muchas otras mujeres, expresara los posibles síntomas de un malestar social convertidos en sentimientos de tristeza, considerados depresivos y que fueran aparentemente la causa de que fuera recluida en ese espacio. Este tipo de medidas están apoyadas por manuales diagnósticos como el DSM IV (2000), texto que clasifica “patologías” mentales y da la nosología de cada una.

Los síntomas pueden ser manifestaciones disidentes, ya que el “deber ser” tan naturalizado, pero constantemente reforzado por las instituciones, no se ha cumplido, lo que resulta anormal e inadmisibile, por lo que el poder hegemónico interviene bajo una lógica que concibe los roles establecidos por la cultura como si fuesen ontológicos y estuviesen impresos en el cuerpo y la mente *a priori*.

A si, si hacía una cosa mala me castigaban y me quitaban la televisión y este me daban pastillas primero, después quien sabe, porque las medicinas psiquiátricas atarantan al paciente, te tienen como en el limbo. Yo ahorita estoy yendo con un psiquiatra, porque a mi me mando el terapeuta. Yo un día le dije al terapeuta, oiga por qué me mandó al psiquiatra si yo estoy bien y me dijo para que le quite los dolores, porque me dio medicina porque tengo mucho dolor muscular, entonces me éste, y si, platico con el psiquiatra, que cómo está, que esto y lo otro, me da los medicamentos porque yo no duermo bien en la noche, yo no duermo, me duermo tarde y me despierto temprano, por eso me dio un medicamento, ahora tengo cita hasta el 31 de marzo.

Rebeca

Estas peligrosas “fallas” para Foucault (2005) resultan amenazas al sistema imperante, pues pueden denunciar sus inconsistencias, por lo que recurre a la intervención de éstos cuerpos y mentes “anormales” mediante fármacos. Éstos producen alteraciones que inciden en sedar y apaciguar lo considerado patológico, lo cual tiene costos en diversos ámbitos⁵⁹. En el fragmento anterior Rebeca da su testimonio de cómo las actitudes que a criterio de la autoridad médica son “malas” implicaban un castigo, así como una intervención médica, mediante fármacos que incidan en dichas conductas y que justifican su importancia al argumentar que “quitan el dolor”. Sobre esto también cito la experiencia de Elena.

Y estuve con todo ese chocherío adentro de mi cuerpo, mucho tiempo y por lo tanto estaba yo como consecuencia de eso, perdón, tenía que estar con las ventanas cerradas porque me molestaba la luz, estar bocabajo, no se porque boca arriba no podía, y con dificultad, las letras no las leía bien en un libro ni en un periódico, y la tele también la veía con dificultad, alterada de la vista no se por qué, pero estuve mucho tiempo así y mis hijas en casa de su papá [...] pero cuando me venían a visitar y ahora era mi mamá la que las atendía los viernes, pues veían a su mamá acostada bocabajo en un cuarto cerrado, en un cuarto oscuro y cerrado.

Elena

Elena en este fragmento, y a lo largo de las conversaciones y entrevistas que sostuvimos, señaló cómo su experiencia en torno a la intervención psiquiátrica le quitó gran parte de su autonomía y transformó radicalmente su cotidianidad, sus vínculos personales, tuvo que dejar de ejercer sus funciones como madre por los efectos de la medicina; y al mismo tiempo, volvió a establecer una relación de dependencia y de cuidado con su madre, lo que implicó que ésta tuviera cierto control sobre su cuerpo; pues cabe señalar que una de las consecuencias más tangibles de la medicación es el control sobre el cuerpo y la ingerencia de otros(as) sobre éste.

Y la otra era el que mi mamá me las diera, esa relación fue, bueno, está difícil, me decía “que lata me das”, “que carga eres”, “qué horror” [...] Después por falta de dinero dejé de comprarme las medicinas, a porque logré, ay “hijole”, no se cómo llegó a mi vida el nombre de un doctor [...] su especialidad también era la depresión o algo así, entonces lo localicé, me revisó y mi petición concreta era: - ayúdeme a

⁵⁹ Algunos de ellos son somnolencia y aletargamiento, pérdida de la libido, aumento de peso, entre otros.

dejar todo este "chocherío", y me dijo que no se podía hacer de inmediato, entonces fue cuando supe que la falta de medicación te produce estragos cuando dejas de tomarlos así de un día para otro. Pero me dijo lo que si podía lograr era que fuera yo misma la que me medicara, que él confiaba en mí y que yo lo podía hacer. Eso fue maravilloso porque, por lo menos ya no tenía la monserga de cargar con la relación esa de que me diera los medicamentos mi mamá
Elena.

Estas ataduras químicas están justificadas por la ciencia de la salud, generalmente positivista, la que en consecuencia se mira a si misma como objetiva, inobjetable y neutral, ya que su tarea se vuelve un elemento preservativo del orden social; puesto que al silenciar los síntomas de la psicosis (Ruiz , 2001) se evitan las denuncias que hace la "locura" sobre el malestar que genera el sistema patriarcal, lo cual evidentemente desestabilizaría y pondría en riesgo el orden imperante; en contraste, la justificación de este control está erigida en que los saberes médicos son productores de salud y bienestar para los y las sujetos "enfermas(os)". En este mismo sentido, la propia Elena decide ponerse en manos de un profesional de la salud, con el fin de mejorar sus condiciones de vida, lo cual vuelve a poner en evidencia la pasividad en la que la enfermedad coloca a las y los otros(as), he allí el termino de "paciente", el cual sostiene claramente una relación de poder con respecto al otro(a). Para evidenciar esta situación, retomo un fragmento de la primera entrevista con Rebeca, quien relata el cómo tras diversos estudios neurológicos, le dijeron lo que a continuación se relata:

[...] Antes yo me hice un electroencefalograma y salió dice que era algo que yo estaba mal y el psiquiatra me dijo que algo tenía yo en la cabeza como que no me funcionaba, como que algo no me funcionaba; pero yo pienso bien, a ver usted como psicóloga cómo me ve a mí, cómo hablo, cómo esto, porque mucha gente me dice, la muchacha de la casa ha dicho cosas de mí, mucha gente ha dicho cosas de mí, pero a mí me vale lo que diga la gente... Que yo estoy loca, yo no estoy loca, si a mí me dicen loca le digo que esa persona es la loca y le digo otras cosas...A yo no me siento loca, yo que me digan algo, si a mí alguien me ofende yo pues también voy a ofender, no me voy a dejar de nadie que me ofenda, a mí me ofenden pues yo. Yo me siento bien y voy al hospital general a fisioterapia y todo el mundo me conoce allí, también me llevo bien con, con todo mundo me llevo bien, así me llevo bien, pero si alguien me ofende pues yo también le contesto, si alguien me va a decir de cosas que esto y que el otro, pues yo también le contesto, yo también le voy a decir a la persona cosas de ella, de eso.

Rebeca

En el fragmento anterior, se ve nuevamente la dualidad en cuanto al valor del conocimiento de los saberes profesionales, relacionados con la salud mental; ya que por un lado Rebeca cuestiona, confronta y niega lo que desde la psiquiatría le dijeron, así como lo que las demás personas le dicen, sin embargo busca legitimar su postura al cuestionarme como psicóloga cómo considero su condición.

Como un ejemplo más cuento la breve charla que sostuve con un usuario de la comunidad terapéutica, al verlo con gripa y preguntarle cómo se sentía.

Paola: ¿"Sergio estás enfermo? ¿Te sientes muy mal?"

Sergio: Si, ya llevo así cuatro meses

Paola: (sorprendida) ¿Con gripa cuatro meses?

Sergio: Ah, dices de la gripa, no, yo estoy enfermo de la cabeza, la gripa me da por lo mismo, porque estoy enfermo de la cabeza.

Paola: ¿Cómo que de la cabeza?

Sergio: Si, enfermo de la mente, por lo mismo me da gripa.

Este breve diálogo, considero que refleja parte del discurso médico el cual atraviesa las concepciones sociales sobre la enfermedad mental y cómo ésta se asocia con un estado patológico que no permite al sujeto alcanzar la salud integral, entendiendo por ésta la posibilidad de encontrar una situación de bienestar físico y mental, (OMS 2007). En este caso el delirio⁶⁰, aparentemente se construye a partir de los mandatos que los saberes médicos han impuesto sobre Sergio, a los que les confiere el poder para definir los estados de "enfermedad" por los que atraviesa su cuerpo. Lo que permite ver, cómo el delirio en la experiencia psicótica está atravesado por los saberes de las instituciones y, por los vínculos originarios –relaciones familiares- donde tiene origen el

⁶⁰ El delirio generalmente se constituye alrededor de un hecho real, este síntoma refleja las problemáticas que la persona atraviesa y no ha podido resolver; es por esto que se dice el delirio es un intento de cura, ya que es un intento fallido de elaboración de tales conflictos. Las características del delirio varían según el tipo de psicosis que se presente. En el delirio de autoreferencia la persona cree que todo lo que sucede a su alrededor está relacionado con él/ella, en el delirio paranoico se presentan ideas de conspiración contra la persona, en el delirio de reivindicación la persona se siente tratada de forma injusta por los demás, en los delirios pasionales las ideas se centran en la certeza de infidelidad o en ser objeto de un amor desmedido por parte de otro(a). Ver: Maureso, 1995, pp. 72-75. Esta definición es de corte psiquiátrico, sin embargo, la definición del psicoanálisis es la misma, sólo que éste no lo ve como algo que hay que acallar, sino escuchar, pues para el psicoanálisis es un intento de cura.

drama que viven las personas con psicosis, de lo cual hablaré más adelante (Ruiz Velasco, 2001, p.126).

En suma, en la psicosis como estructura psíquica, no deja de existir el marcaje de lo social y los atravesamientos que éste hace; sin embargo, éstos se vivencian y se expresan de otra manera.

El discurso del psicótico, producción delirante de sentido, no sólo denuncia su propia catástrofe, sino que testimonia y da un aviso a toda la humanidad acerca de las consecuencias de la gran violencia en la sociedad moderna [...] ¿Hasta qué punto el delirio del loco denuncia una catástrofe y un vacío existencial que aparece en nuestra cultura? ¿Cómo nos permite pensar la tragedia del loco y su posible destino? Estas figuras del terror aparecen simultáneamente, en sus fantasmas y en la realidad cotidiana, confundándose con los miedos más profundos. (Fernández, et. al.), 2002, pp.57 y 58).

Sobre esta catástrofe, me parece fundamental traer a esta reflexión, un cuestionamiento que Elena planteó durante nuestras entrevistas:

Estoy en un momento de mi vida de mucho deterioro, donde cada vez las cosas se deterioran más y más. No se a quién puede beneficiar esta desgracia en la que me encuentro, pero no a mi ni a mis hijas, que ellas además pagan por esto, y alguien tiene que ganar algo con esta desgracia, no se si sea Casa B, por lo menos alguien que estoy segura que gana algo es el doctor Manuel.

Es increíble que pueda deteriorarse de esta forma una vida, que haya tantas pérdidas, tanto dolor, yo aun no puedo comprender cómo es que esto fue sucediendo, cómo es que esto pasó, ya no se si me encuentro en el eros o el tánatos, yo siempre me había sentido en el eros, pero ahora ya no lo sé, porque parece que esto a alguien le beneficiara; porque claro que lugares como estos no existirían si no pasara esto que me pasa a mi, si no hubiera este dolor, por lo mismo creo que por algo existe todo esto, porque a alguien beneficia esta gran desgracia, a mucha gente supongo, menos a mi y a mis hijas.

Elena.

Elena plantea un cuestionamiento que me parece fundamental en esta investigación, donde pregunta ¿A quién puede beneficiarle esta desgracia? Este cuestionamiento que ella se responde de alguna manera, es un crítica contundente a cómo se estructuran las redes de poder, donde el estigma y la marginación tienen una lógica, que responde a intereses de un sistema hegemónico, que buscan preservarse a como de lugar. Asimismo, la reflexión de Elena parece estar asociada de manera directa con lo que dice Judith Butler (2006), en torno a la importancia de crear una vida

habitable para las minorías, que por no entrar en los discursos tradicionales de género, son marginadas y excluidas de esta posibilidad.

En algunas ocasiones una concepción normativa del género puede deshacer a la propia persona al socavar su capacidad de continuar habitando una vida llevadera. En otras ocasiones, la experiencia de deshacer una restricción normativa puede desmontar una concepción previa sobre el propio ser con el único fin de inaugurar una concepción relativamente nueva que tiene como objetivo lograr un mayor grado de habitabilidad. (Butler, 2006, P. 13)

Aunque Butler en esta reflexión piensa en sujetos que *performatean* el género desde la disidencia, particularmente transexuales, travestis y transgéneros, a quienes se les encasilla como anormales y patológicos; esta concepción a mi parecer tiene convergencia con el lugar que estas mujeres tienen en los discursos y la forma en que *performatean* el género y se les castiga por querer ejercer roles y papeles de las que están excluidas al ser consideradas “enfermas mentales”, pues esta enfermedad trasciende a cuestionar su lugar como sujetos, si consideramos que una de las características que en el discurso imperante define a la humanidad es el pensamiento racional, cualidad que se pone en tela de juicio en casos como el de estas mujeres, por lo que sus posibilidades de actuar autónomamente es coartada.

A algunos humanos no se les reconoce en absoluto como humanos y esto conduce a otro orden de vida inviable. Si parte de lo que busca el deseo es obtener reconocimiento, entonces el género, en la medida en que está animado por el deseo, buscará también reconocimiento. Pero si los proyectos de reconocimiento que se encuentran a nuestra disposición son aquellos que <<deshacen>> a la persona al conferirle reconocimiento, o que la <<deshacen>> al negarle reconocimiento, entonces el reconocimiento se convierte en una sede del poder mediante la cual se produce lo humano de forma diferencial. Esto significa que en la medida en que el deseo está implicado en las normas sociales, se encuentra ligado con la cuestión del poder y con el problema de quién reúne los requisitos de lo que se reconoce como humano y quién no. (Butler, 2006, p.p. 14 y 15).

Tal situación resulta discapacitante, ya que son los discursos y las prácticas que de éstos se derivan los que alejan a las y los sujetos del ejercicio de su autonomía y la expresión de su subjetividad, al estar atravesadas por un diagnóstico que trae como consecuencia la ubicación de estas mujeres en lugares estigmatizados, que también

inciden en pérdida de derechos ciudadanos; como en el caso de Rebeca y Celeste que fueron despojadas de su casa por su hermano y tío respectivamente, sin poder hacer algo al respecto, ya que por su calidad de “enfermas mentales” tanto su familia, como la comunidad religiosa adoptaron medidas que se justificaron al asociar sus características psíquicas como una muestra de su discapacidad para tomar decisiones y ejercer lo que para otras personas se considerarían derechos.

Tras ese despojo, Rebeca tuvo que regresar a la casa de su madre, junto con sus hijas, ya que no tenía otro lugar donde vivir. Cabe señalar que legalmente, Rebeca se encontraba casada y esa casa dentro de su relato, suponía ser una herencia de su esposo fallecido, mas años más tarde después de morir, tanto Rebeca como sus hijas fueron llevadas a una clínica de salud mental, sin habérselos consultado, trasladándolas bajo engaños; y fue durante su internamiento cuando el hermano de Rebeca hizo los trámites para quitarle legalmente su casa. También en torno a la misma situación, está el caso de Elena, quien fue avisada que ya no podía disponer de sus enceres domésticos.

Es decir, las instituciones que integran y sostienen al Estado, avaladas por discursos de saber, crean una distribución de bienes y asignan los lugares que se dan a cada sujeto en la dinámica social, dando paso a comunidades marginadas y alienadas en las relaciones de poder, cabe mencionar que la exclusión de estas comunidades tiene múltiples funciones, entre las cuales se encuentra el mostrar a la demás población cuál puede ser su castigo de no apegarse a lo establecido, lo que legitima los saberes que justifican este tipo de organización en las relaciones de poder, donde a unos(as) se les debe alienar de éste, para que otros(as) lo ejerzan con fines normalizadores. En este sentido me parece fundamental escuchar cuidadosamente lo que se va articulando en el discurso de las personas que están catalogadas dentro de las llamadas “patologías” mentales, donde no solamente sale a relucir su historia, sino también aparecen toda una

serie de saberes y discursos que forman parte del malestar por el que se les ha alejado del medio social y se les institucionaliza para mantenerles bajo control.

En la segunda entrevista que tuve con Elena se dio una situación que me parece muy representativa, donde me dijo en un tono molesto antes de empezar la entrevista, que Zulema –psicóloga de la institución- le había dicho que ya estaban enterados tanto ella como el doctor Manuel de la entrevista conmigo, antes de que Elena lo informara, por lo que me preguntó si yo le había dicho algo a alguien. Le expliqué que no había sido así, pues que si bien, yo había solicitado realizar entrevistas, no especificué a quiénes, ni las fechas. Frente a mi explicación se tranquilizó. A continuación presento un fragmento de mis notas sobre el contexto en el que se inició esta entrevista, donde yo narro este suceso:

[...] me dijo que a ella le parecía natural que yo informase de nuestra cita, pues está en un espacio donde "todo mundo" vigila lo que hace, asimismo comprende que mi presencia en la institución también está mediada por el director y demás personal. Sobre esto le reiteré que yo no le había comentado a nadie de nuestra entrevista, pero que evidentemente antes de pedir entrevistas había solicitado desde que ingresé a Casa B permiso para entrevistar a quién yo considerase indicada; sin embargo no había especificado una entrevista con ella, pues no podía dar por hecho que ella aceptase. Sobre esto ella asintió, y me dijo que estaba de acuerdo con tal situación, pues sabe perfectamente que se encuentra en un espacio institucionalizado y que por desgracia ya no puede tener vida privada en muchos niveles, ni puede decidir completamente por sí misma con quién hablar y con quién no, pues evidentemente aunque quisiera darme una entrevista, si en Casa B no me hubieran dado permiso de acceder al espacio, pues eso no hubiera sido posible. Finalmente Elena concluyó diciendo: "Está bien, yo conozco al doctor Manuel, está enterado de lo que le interesa estar enterado".

Notas sobre la segunda entrevista con Elena.

Con respecto a esto me parece importante mencionar cómo en los actos cotidianos, esta mujer vive una mediación por parte de la institución de la salud con el medio social con el que se vincula. En este sentido es muy claro, cómo a pesar de que éste no es un espacio de encierro propiamente, la estructura en la que se rige tiene una herencia muy clara del sistema psiquiátrico, donde hay una vigilancia muy similar a la de la penitenciaria; es decir, aunque en el espacio físico no se refleja esta forma del ejercicio

del poder, es algo que está internalizado y que evidentemente proviene de una postura de normalización y vigilancia. Como ejemplo cito lo que dice Celeste con respecto a este tema:

[...] es que no me gusta que me digan qué tengo que hacer, siempre me están molestando, ahora ya es menos, hasta me llevo bien con los psicólogos, pero me molesta que me digan qué tengo que hacer con mi vida, a qué hora; porque yo ya se que me tratan así porque estoy discapacitada, bueno no tanto, pero es que no pienso como adulta, pienso como niña, pero aun así es muy molesto que me digan y revisen si hago las cosas bien [...]

Celeste

En este fragmento se pueden apreciar dos cosas, una es lo que mencionaba anteriormente sobre la constante vigilancia que en este caso se asocia al ser tratada como discapacitada por lo profesionales, lo que ella por un lado asume, mas no deja de ser algo que la molesta, pues la constriñe a ciertas normas y vigilancia, enmarcadas en juicios de valor, que le indican no ser capaz de actuar como una mujer adulta. El discurso de Celeste⁶¹ está marcado por una autorregulación, la cual puede ser otra forma de resistencia, aparentemente pasiva, pero que le da la posibilidad de evadir un poco la vigilancia, al asumir la clasificación en la que la colocó la institución y adaptarse a lo marcado por los profesionales, lo cual la hace ser considerada más funcional por parte de éstos.

En el siguiente fragmento, Rebeca habla acerca de su experiencia de internamiento:

Fue una muy mala experiencia, porque me quitaron toda mi libertad, a mi me gusta salir, estar en mi casa viendo la tele, que nadie me diga qué es lo que tengo que hacer. Si yo voy a ir con una psicóloga y me va a decir lo que tengo que hacer a mi no, yo no voy, a mi no me gusta que me manden: yo soy muy libre de hacer lo que quiera, esté mal o bien, pero yo he salido adelante con mis cosas.

Rebeca

⁶¹ Cabe mencionar que Celeste es una mujer de 31 años que lleva casi diez años viviendo en instituciones de atención a la salud mental, con diversas características, por lo que esta experiencia la ha llevado a regirse dentro de estas normatividades para no ser castigada por los psicólogos, psiquiatras y demás profesionales que la evalúan y regulan; con el fin de acceder a cierta autonomía de la que hoy en día goza.

En este fragmento, Rebeca retoma como las otras entrevistadas la idea del control por parte de las y los profesionales de la salud mental, los cuales resultan mandatos que controlan las acciones cotidianas. Esta misma situación de encierro y control Rebeca la llegó a manifestar en diversos momentos de la entrevista como un engaño, lo cual se refleja en el siguiente fragmento.

...a mi me engañaron, me llevaron a Cuernavaca. Se lo dije a una persona que me encontré el otro día, su papá es primo hermano de mi mamá, le dije a mi no me vuelven a engañar, yo estoy advertida. A mis hijas las engañaron, las iban a llevar a desayunar y las llevaron a Cuernavaca, y yo estaba internada y me habla este señor, que yo me olvide de, iba a venir una señora y me iba a llevar a ver a mis hijas y me iba a recoger y me iba a regresar y allí me dejó un año y cinco meses.

Rebeca

Este fragmento, retoma nuevamente las formas de resistencia que surgen ante el control institucional del que hablan las tres entrevistadas. Es importante mirar en este sentido, que en los tres testimonios, estas mujeres no fueron informadas sobre la necesidad que las otras personas –familiares, médicos(as), psicólogos(as), etc.- consideraron existía para que fueran internadas e intervenidas por la institución de la salud mental.

CAPITULO 3 EXPERIENCIAS Y DISCURSOS DE LA MATERNIDAD DESDE LA DISCAPACIDAD.

3.1 Quiero pero me dicen que no puedo: Maternidad y discapacidad

Como parte del objetivo de esta investigación, en este apartado abordo el análisis de los entrecruzamientos que hay entre la maternidad y la discapacidad, y cómo esta última incide en la primera.

A lo largo del trabajo de campo pude identificar que quienes no tienen hijos(as) se han enfrentado principalmente a situaciones como abortos, esterilización

involuntaria, intención de ser madres y no poder serlo. Pero al mismo tiempo y, en contraste, se dan casos en que la maternidad no resulta una prioridad, aunque no deja de ser un tema de interés. Por otro lado, las mujeres que son madres, por el hecho de ser consideradas discapacitadas, son vigiladas por instituciones que controlan sus cuerpos y actividades, situación que ha marcado de forma importante sus experiencias sobre el ejercicio de la maternidad y los vínculos con sus hijas, puesto que al igual que aquellas que han sido controladas en lo biológico para no ser madres, a ellas se les controla para mantenerlas alejadas de sus hijas(os), es decir, alienadas del ejercicio de la maternidad.

Lo anterior responde a múltiples atravesamientos discursivos, entre los cuales se encuentra el del diagnóstico bajo el que son tratadas, así como las construcciones de género que refuerzan la marginación que implica ser discapacitada mental.

Así, las mujeres con discapacidad con frecuencia experimentan una doble discriminación al incluirse en dos colectivos con características especiales: las asociadas al género y la derivada de la propia discapacidad, las cuales conllevan la construcción de roles, estereotipos y barreras de carácter sicosocial que frecuentemente limitan su plena integración a la vida social y el ejercicio de sus derechos. (Cruz, 2004 b, p. 154.)

Los conceptos normativos que forman parte de las construcciones de género, designan roles específicos a determinados tipos de hombres o mujeres, es decir, las asignaciones genéricas también están marcadas por cierta "normalidad" de los y las sujetos que les de legitimidad para ocupar papeles específicos como actores sociales. "En realidad, la construcción del género opera apelando a medios *exchyentes*, de modo tal que lo humano se produce no sólo por encima y contra lo inhumano, sino a través de una serie de forclusiones, de supresiones radicales a las que se les niega, estrictamente hablando, la posibilidad de articulación cultural." (Butler, 2002, p.26)

Dentro de los discursos tradicionales no todas las mujeres tienen permitida la maternidad, ya que existe un imaginario sobre un cuerpo saludable y sexuado que en el

caso de quienes son discapacitadas se considera ausente, por lo que la posibilidad de ser madres está denegada.

En relación a esto la maternidad se permite a cierto tipo de personas, en el caso de las mujeres con discapacidad mental, su estatus de personas se ha puesto en tela de juicio debido a que algunos de los elementos fundamentales que nos erigen como tales son el pensamiento y cuerpo "saludables", los cuales supuestamente garantizan el que se pueda cumplir con las obligaciones asignadas por la sociedad.

Lo anterior lo relaciono con lo que dice Josefa Lazcano Rodríguez, mujer discapacitada y presidenta de la federación de minusválidos físicos de Huelva. "Todo el mundo «parece» tener claro qué significa: *ser persona*. Empieza la indefinición cuando esa persona es mujer, pero cuando además, le agregamos *discapacidad*, entonces es cuando desaparecemos. No se nos define, porque no se nos ve." (Moya, 2004, p.27.)

En este sentido me parece importante pensar cómo es que se construye culturalmente la identidad que nos da el estatus de personas, pues está crucialmente marcada por las construcciones de género, que nos norman y dictan cuál debe ser nuestro lugar en la sociedad, lo que implica cumplir con comportamientos que se nos asignan según nuestro sexo, étnia, clase, religión, condición de salud, entre otras variables que inciden en la forma en que se nombra y ubica socialmente a cada sujeto. En torno a estas características que particularizan desde su historia y contexto a cada mujer, las construcciones de género resultan un elemento central en el cómo se articulan las posibilidades de actuación en el medio social.

Lo anterior permite vislumbrar el género como una forma del ejercicio del poder (Scott, 1999) que determina lo que es "adecuado" para cada sexo, y excluye a las personas que no se adaptan a lo concebido como normal, lo que hace del género una forma de exclusión y de control. En el caso de la maternidad, es una institución que juega un papel fundamental en las

construcciones de género, las cuales norman el ejercicio de roles, donde la maternidad resulta un eje de dicha normatividad; pues, el discurso hegemónico naturaliza la maternidad, erigiéndola como el centro de deseo y realización para todas las mujeres, por lo que aquellas que no lo viven así son cuestionadas y miradas con recelo, pues va contra su “instinto”, y por otro lado es una tarea que no se les permite a todas las mujeres, pues supone un trabajo que no todas deben y pueden realizar, al no responder con las expectativas de salud, belleza y normalidad, donde este “instinto” tan divulgado por los discursos biologicistas, se deja a un lado. Entre estas mujeres no consideradas aptas para el ejercicio de la maternidad se encuentran aquellas con alguna discapacidad.

Así, la maternidad toca de formas particulares a las mujeres que participaron de esta investigación, por el hecho de ser consideradas discapacitadas dentro de los discursos sociales, los cuales usualmente invisibilizan las diferencias, las cuales son consideradas indeseables y se buscan suplantar por medio de procesos de “normalización” que suelen incidir en posturas eugenésicas y de control sobre sus cuerpos.

En la obra de Jenny Morris (1996) y otras feministas inglesas del movimiento social de la discapacidad, se señalan los discursos discapacitantes y las actitudes de rechazo por parte de los médicos y de la sociedad en general a que estas mujeres tengan hijos(as), principalmente por el temor a que éstos(as) tengan las mismas limitaciones que ellas, o bien se considera una irresponsabilidad, porque se les ve como incapaces de cuidar a un hijo(a); esta misma situación se pudo encontrar en los relatos de las experiencias de Gaby y Celeste, quienes fueron esterilizadas.

Celeste⁶² quien no muestra interés por ser madre, no deja de expresar gran dolor por haber sido esterilizada por iniciativa de su tía, quien creía que Celeste tenía

⁶² Celeste, mujer de 31 años lleva en Casa “B” siete años, está en proceso de separarse de esta institución, pues está en un proyecto llamado “Vida independiente”, gestionado por una institución para personas

relaciones con muchos hombres, por lo que temía resultara embarazada. Sobre esto

Celeste explica que la que tenía esta conducta era su hermana.

Yo no puedo tener hijos porque a mi me violaron y me ligaron, por eso ya no. Ese tema no me gusta, porque a mi me dio mucho coraje, tengo mucho coraje... Me llevaron a ligarme... Ya no puedo tener hijos, porque engañaron a mi mamá, pues fue mi tía la que me llevó con engaños y fue horrible, no me gustó, porque fue un abuso, entonces eso me, me, me da incomodidad, no me gusta.... Además, también fue porque mi hermana se metía con los hombres y por culpa de ella a mi me ligaron, porque ella se metía con los hombres no yo, y pues mi tía se equivocó y pensó que era yo; por lo que en realidad a la que debieron de ligar no era a mi, sino a mi hermana, porque era ella la que se prostituía...

Celeste

Celeste considera un abuso el que su tía la haya engañado para esterilizarla, pero no por la esterilización en sí, sino porque considera que la merecedora del “castigo”, por sus prácticas sexuales con “muchos hombres”, era su hermana; ante lo que se siente víctima de un mal entendido. Así queda claro cómo ella ha internalizado la idea de que la sexualidad debe ser controlada y la maternidad evitada en ciertos casos, sobretodo cuando se transgreden determinadas normas.

Esto evidencia que los derechos reproductivos y el libre ejercicio de la sexualidad son aspectos que las construcciones de género empañan, al excluir de entrada a las mujeres del ejercicio de sexualidades fuera del ámbito heteronormativo (Butler, 2006), el cual limita nuestra realización sexual al terreno de la pareja heterosexual, con prácticas monogámicas y a la maternidad, todo esto enmarcado en una gran violencia que ubica a las mujeres como propiedad de algún hombre o persona con más poder.

A esto se suma el hecho de que en el caso de mujeres discapacitadas, como lo son Celeste y su hermana, la sexualidad resulta un terreno prohibido, por lo que los derechos reproductivos y las prácticas sexuales erótico-afectivas son restringidas.

discapacitadas, que en esta investigación nombro como “K”. Esta usuaria tiene 31 años y señala tener pareja. Celeste está diagnosticada con retraso intelectual.

Estas prácticas restrictivas y transgresoras, infligen abusos. Ya que, Celeste cuando refiere su caso, no discute la esterilización que ha sufrido de manera involuntaria, anulándole la posibilidad de ser madre, sino la decisión que tomó la tía de someterla a dicha operación por la preocupación de procrear otro ser con las mismas características.

La esterilización con el fin de evitar posibles embarazos, también se dio con Gaby⁶³, quien fue sometida a este procedimiento por petición de la mamá de un novio que tuvo, por el temor a que resultara embarazada, petición que fue aceptada por ella y su familia.

Las experiencias anteriores, permiten dar cuenta de cómo la maternidad en el caso de estas mujeres con discapacidad mental, resulta una amenaza que se evita a toda costa, con medidas que van desde la regulación de la conducta por medio del discurso, el cual las mismas mujeres parecen apropiárselo, convirtiéndolo en desinterés por la maternidad, hasta prácticas concretas como la esterilización; pues discapacidad y maternidad son condiciones que desde la mirada hegemónica son incompatibles.

En relación a esto un grupo de autoras aseveran lo siguiente:

Como feministas investigadoras, que hemos trabajado con mujeres con discapacidad intelectual, encontramos, lo dicho por Adrienne Rich, como penoso e irónico en relación a nuestro reciente trabajo. Rich argumenta que los discursos tradicionales, dominantes en nuestras sociedades, han posicionado a las mujeres de forma incuestionada como madres. De hecho, ella sostiene que la situación de las mujeres, como quienes procrean a los niños ha sido la prueba de nuestra condición de mujeres (Rich, 1979b, p.261). Las mujeres con discapacidad han sido en el pasado excluidas de esta expectativa social y su condición de mujeres ha sido un asunto problemático en relación a esto (Ash y Fine, 1992, Johnson, 1998a). Este ha sido el caso de las mujeres con discapacidad intelectual, quienes han sido vistas por el movimiento eugenésico, de principios de este siglo, como una amenaza para la estructura social, ante su posibilidad de procrear (Brantlinger 1995; Rose 1979; Scheerenberger, 1983). (Johnson, Kelley, Rannveig Traustadóttir, et.al, 2001, p.206)⁶⁴

⁶³ Gaby, mujer de aproximadamente 30 años, es usuaria intermitente de Casa "B", pues constantemente deja de asistir, es usuaria de medio camino y se encuentra en una relación de pareja. Gaby muestra limitación intelectual. Pongo su nombre en diminutivo a propósito, ya que siempre es nombrada así o con otro tipo de diminutivos como Gabita. Esto a mi parecer es importante, ya que aunque es una forma cálida de referirse a ella, desde mi perspectiva refuerza la posición infantilizada en la que está posicionada, y que se refleja en sus actitudes y forma de hablar.

⁶⁴ La traducción es mía.

Este fragmento deja al descubierto varios temas a discutir. Uno de ellos es que las mujeres con discapacidad han sido excluidas de la maternidad, por no ser consideradas aptas para tal labor; postura que infringe los derechos reproductivos de éstas. No obstante, esta marginación no implica que dejen de estar atravesadas por la idea de que para ser una “verdadera mujer” se debe ser madre, cuestión que las autoras antes citadas reclaman no sólo a los discursos hegemónicos, sino a los discursos feministas, que han generalizado sus demandas sin considerar las particularidades que marcan a otros grupos de mujeres, como es el caso de las mujeres con discapacidad mental. Tal situación, queda clara en la generalización hecha con descuido por Adrienne Rich, la cual deja ver la exclusión que las feministas no discapacitadas han hecho en sus propuestas y reflexiones teóricas. Sin embargo, esta afirmación devela el lugar que tiene la maternidad en la vida de las mujeres, ya que excluidas o no de este rol, no deja de ser un mandato que nos afecta a todas.

Por lo que en ese sentido reivindico lo afirmado por Rich, con ciertas variantes, pues considero que la maternidad es una institución que nos posiciona a todas las mujeres en algún lugar de ésta, ya que el no ser madre no implica que una no esté marcada por este discurso, esto se da como consecuencia de la forma en que se nos socializa como mujeres, situación que no se da con los varones en referencia a la paternidad.

Lo anterior me lleva a aclarar mi posición como investigadora frente a la maternidad, la cual concibo como una institución que funge como espacio clave de coerción hacia las mujeres, justificada en cuestiones “naturales” atribuidas a lo biológico; por lo que la exclusión de la maternidad de las mujeres discapacitadas no se limita a que éstas no puedan probar las supuestas mieles que ésta nos promete a todas, sino que las constriñe al supuesto de nunca ser verdaderas mujeres, por no poder

cumplir la función principal que la sociedad nos destina como eje de nuestra identidad genérica.

Sobre esto rescato lo que Rebeca comenta en torno a tener hijos o hijas:

[...] mi deseo fue siempre tener hombres, pero traje puras mujeres. No importa si no se pudo traer el hombre traje la mujer, pero traje hijos [...] Si, hay gente que no puede, que no puede ni traer hijos.
Rebeca

En este fragmento Rebeca recalca la gran importancia y peso que se le da a la maternidad, donde evidentemente sobrevalora el tener hijos varones; sin embargo el hecho de tener hijos o hijas acarrea una valoración social que forma parte de dar cumplimiento a esta identidad genérica femenina, independientemente del sexo de la descendencia.

En consecuencia, muchas mujeres con discapacidad quizá no solamente añoren el tener acceso a la maternidad y su ejercicio, o que bien exijan sus derechos sobre tal materia; sino que además se abre la posibilidad de que experimenten que su lugar como seres humanos está devaluado por no ser madres y por vivir otras restricciones que se les imponen por su condición de mujeres discapacitadas. Para mí, este es un punto fundamental, pues implica una doble marginalidad, claramente sostenida por las construcciones de género hegemónicas. Todo lo anterior se vislumbra en casos como los de Gaby y Celeste, mujeres que a toda costa se les impidió ser madres, por medio de actos coercitivos y discursos que les convencieron no estar “destinadas” para tal labor.

Tras lo anterior, el contexto es aún más amplio, ya que la omisión en el respeto de los derechos reproductivos y sexuales de estas mujeres consideradas discapacitadas, no se limita a negarles la reproducción, sino también radica en la legitimación e invisibilización de delitos como la violación y el abuso sexual, ante los cuales se encuentran vulnerables por las condiciones en las que socialmente se ubican a las personas discapacitadas, al infantilizárseles. Es importante recalcar que a pesar de que

esto está catalogado como un delito del orden penal, que se persigue de oficio en los casos de quienes son considerados(as) “menores e incapaces” -no está de más mencionar que hay una fiscalía especializada para “El menor y el incapaz”- en la *praxis* suelen ser situaciones que se ocultan, se niegan, por lo que familiares y demás personas cercanas llegan a ejercer complicidades que pasan por alto este tipo de situaciones, atropellando los derechos de las mujeres con alguna discapacidad. En el caso de mis entrevistadas, esta situación se dio con Celeste, quien refiere haber sido violada en su adolescencia por un hombre que forma parte de su comunidad religiosa, pero que esta situación, a pesar de haberla hecho del conocimiento de las personas cercanas a ella, nunca fue denunciada y por ende fue un hecho que quedó impune. Lo anterior forma parte de la negativa que existe a otorgarles a las mujeres con discapacidad mental el estatus de seres sexuados, quienes tienen derecho al ejercicio libre y consensuado de su sexualidad; incluidas la elección sobre la reproducción; la cual se les niega, naturalizando su imposibilidad para ejercerla, por lo que en consecuencia hace que se le reste importancia a la transgresión constante de sus derechos sexuales y reproductivos; en este mismo orden de ideas, cabe plantear la pregunta: ¿El hecho de ser discapacitadas mentales, da paso a que se mengüen de forma “natural” sus derechos humanos, pretextando los derechos de los no nacidos? ¿Qué no resulta acaso ese, un doble discurso? Es importante pensar sobre estas construcciones normativas y las contradicciones que esos mismos discursos acarrearán, al ir rastreando el control sobre los cuerpos, que reposa en tales argumentaciones.

En los casos de mujeres que si fueron madres, pero que al no ser consideradas aptas mentalmente, di cuenta que han vivido maternidades *sui generis*, donde el control legitimado por las instituciones sociales ha mediado sus vínculos y por lo tanto marcado particularmente sus experiencias.

Tal es el caso de Elena, una de las pocas usuarias de esta comunidad que era madre⁶⁵, y quien a lo largo del trabajo de campo, me compartió su experiencia en torno a la relación con sus tres hijas⁶⁶ a partir de su ingreso en la comunidad B,

Inicialmente, Elena decía tener una buena relación con sus hijas la cual a su parecer había mejorado a últimas fechas. Se habían mantenido en contacto con ellas, principalmente por vía telefónica, durante los cuatro años de su estancia en la comunidad terapéutica; asimismo se reunía con una de ellas una vez a la semana, en casa de ésta, donde ocasionalmente acudían las otras dos.

El siguiente fragmento de la primera entrevista con Elena, remite a la construcción tradicional que se tiene dentro de nuestra cultura sobre el ejercicio maternal, donde se vuelve un *continuum*, y sus funciones no se limitan a la crianza.

Si, cuando tú hablas de maternidad a mi me evoca casi exclusivamente al embarazo y tomo consciencia de que obviamente la maternidad no es sólo eso, es un decir, o sea, la ropa de maternidad y esas cosas, siempre sólo se refieren a esa época, y maternidad es ser mamá y eres mamá desde el momento de la concepción y hasta que tú te mueras. Porque el hijo puede tener muy diferentes necesidades en relación a su madre, pero tú sigues siendo la mamá, aunque vayan evolucionando sus necesidades. Y bueno, a lo largo del tiempo, yo tengo momentos muy críticos en relación a mi maternidad.

Elena

Para Elena, los momentos críticos del ejercicio de su maternidad iniciaron con la separación de su esposo y con el acuerdo de divorcio en el que éste pidió que sus hijas se fueran a vivir con él una vez que iniciaran la universidad, pues él a cambio financiaría todos los gastos que sus estudios generaran, así como la manutención de éstas.

...en el se establecía que cuando nuestras hijas, únicas tres hijas que tuvimos, cada un., los dos, no teníamos a nadie más, tuvieran edad de nivel universitario se iban a

⁶⁵ Cabe señalar que a pesar de no ser la única mujer con hijas en este espacio, fue a la única que me fue posible acercarme, ya que a pesar de haber otras dos mujeres con hijos(as), una de ellas no estaba en condiciones de participar de esta investigación. La otra mujer ingresó a la comunidad muy poco antes de que yo concluyera mi trabajo de campo, por lo que no me fue posible por cuestiones de tiempo contactar con ella. Ambas oscilan entre los cincuenta y cinco y sesenta y cinco años, con hijos e hijas en edades adultas. Por otro lado Rebeca, quien también participó de esta investigación, y es madre de dos mujeres no es parte de esta comunidad, sin embargo tiene vínculos con ésta y ha estado internada en espacios psiquiátricos.

⁶⁶ Las hijas de Elena oscilan en los 30 años aproximadamente. Una de ellas está casada y tiene dos hijos. Las tres son profesionistas.

vivir con él, porque él argumentaba que también tenía derecho a compartir la vida junto con sus hijas y que a cambio, así lo puso, como si fuera algo muy imp., es muy importante pero no lo único, les iba a costear todos sus gastos durante el tiempo de su formación profesional, entonces, cuando yo firmo, el paquete era inmensamente grande de cosas, entonces si se me hizo que cuando fuera a pasar iba a ser muy difícil, pero también de inmediato pensé en que no estoy segura de que yo les pueda costear su formación profesional y éste es un seguro académico y lo firmo. Si estaba firmando otras cosas muy difíciles que eran de inmediato, esa implicaba exclusivamente una separación mía con mis hijas...

Elena

Ella comienza a narrar desde que se dio la separación, cuando aún se hacía cargo de sus tres hijas; donde se tuvo que adaptar a un presupuesto menor al que su esposo aportaba cuando vivía con ellas; para esto tuvo que hacer sacrificios para que sus hijas no notaran los cambios y mucho menos los padecieran, asimismo explicó cómo ella se ocupó en mantener el contacto entre su ex pareja e hijas, aunque señala que él no se mantenía en comunicación. Para ella la separación marital fue muy importante, pues le supuso mayores cargas afectivas como económicas, dentro de éstas estuvo el tener que mantener comunicación con su ex esposo, los cuales representaron sacrificios “por sus hijas”, noción relacionada con la abnegación, característica necesaria en toda “buena madre”.

Y eso que también, bueno ahorita lo voy a comentar, cuando Jorge se fue de la casa, la única que aceptaba mi sugerencia de hablar por teléfono con sus papá era Viviana la chiquita, porque era muy obediente conmigo y porque claro, porque también extrañaba a su papá y pues hasta cierto punto, porque también él se la pasaba de viaje. La ausencia física estaba como un hecho, y también como yo no se las hacía sentir, eso también [...]

Vas a decir que soy muy buena mamá, pero no, no es así, al menos hay otras cosas que a ver si las logro decir, bueno han de darse cuenta, soy una mamá, y las dos mayores me decían: quieres hablarle a ese monstruo, pero si te casaste con un monstruo, se fue mamá, no te das cuenta que se fue. Me lo decían de mil formas, es un monstruo mamá...

Elena

La narración de estas experiencias considero permiten ver cómo las prácticas de maternaje están enmarcadas en un contexto cultural específico, determinado en gran medida por construcciones de étnia, clase, religión, pero sobre todo de género, que devienen de formas particulares en cada sujeto. Para Elena la ruptura de la relación de

pareja, enmarcada en un compromiso también religioso, implicó una pérdida muy grande, al trastocar parte importante de sus roles y de su identidad, así como de sus principios religiosos, asimismo, muchas de las reflexiones de Elena responden a su contexto socio-cultural, donde su formación académica le permitió visibilizar cuestiones relacionadas a su condición como mujer discapacitada y sobre las relaciones de poder que vivía al ser considerada una "enferma mental". En el caso de Elena la ruptura con su pareja la llevó a vivir cambios en su vida, donde ella consideró haber estado en un lugar de desventaja dentro del proceso de separación, pues dependía económicamente de su pareja, ya que por petición de él dejó de trabajar remuneradamente cuando se casaron.

Bueno, yo dejé de trabajar por el matrimonio, no por el embarazo y la causa fue la opinión de Jorge, o la necesidad de Jorge *Elena*

Y la misma situación, también llevó a que él estableciera las condiciones del divorcio.

Cuando el papá de mis hijas, mi ex marido decidió dejarnos, este ehh, dentro del convenio que de inmediato él mandó a un abogado, que yo tenía que firmar, o que yo tenía que negociar; no negocié nada, acepté todo, lo firmé...
Elena

Por otro lado el acuerdo donde sus hijas se tenían que ir a vivir con él después de acabar la educación media, fue algo que ella consideró justo pero que le quitó parte fundamental de su vida ya que ella se dedicaba exclusivamente a ser madre.

Pero cuando después de varios años, seis o siete, y ya vino el momento en que iban a terminar prepa y se iban a ir con su papá, pues viví uno de los momentos más difíciles de mi vida, por más que uno ame a sus hijos y en buen plan, pensando en el bien de ellos, pero el tenerlas, el comunicarme al diario, estar al día al minuto, al segundo de sus cosas, como somos mujeres, teníamos muy buena comunicación, fue muy difícil y lo más difícil fue el que ellas ni lo vieran, que ni lo imaginaran, y eso me costó mucho trabajo, y luego como plus extra, muy duro, fue que las dos hijas mayores se llevan muy poca diferencia de edades y entre la segunda y la tercera, última hija, se llevan ocho años, entonces a Viviana la más pequeña no le tocaba por obligación de convenio irse a vivir con su papá en ese momento, sin embargo, la actitud de las tres había sido durante todo ese tiempo que habían estado con su papá y que habían estado conmigo de mucha unidad, fomentada conscientemente por mí y vivida conscientemente por ellas como algo que las hacía fuertes, alegres, autónomas para sí mismas, y que era algo muy positivo estar juntas [...] Pero yo que me doy

cuenta de eso, este en el momento en que insinúan que nos vamos, pero nos vamos las tres, casi yo leía los labios, casi yo leía el pensamiento, así como la gran amenaza que iba a vivir, como amenaza de la vida, una cosa, como algo, como una agresión hacia mi vida espantosa de separarme de ellas, no fue suficiente el darme cuenta que era por el bien de ellas y que era justo, que lo pensaba y que lo pensé cuando lo firmé, y que era justo para el papá y que yo nunca lo había desamparado en ninguna de sus necesidades a pesar de estar divorciados, este, entonces allí como mamá o sea viví lo que es la maternidad, o sea peor que el padre y sabía yo que iban a venir el viernes a comer y se iban a ir el domingo a merendar a casa de su papá, o sea que las iba a tener el cuarenta por ciento del tiempo, y de hecho me hablaban posteriormente, me di cuenta que me hablaban todos los días, me contaban la tarea, a veces les ayudaba con la tarea por teléfono y me preguntaban, estaban en un colegio que no era de uniforme y me preguntaba qué me pongo mañana, o sea, seguían teniendo el vínculo como cuando vivían conmigo y sin embargo yo oía el eco de mi voz en la casa, o sea la casa se hizo grande, se hicieron lejanas las paredes, el techo, o sea, ay no. Y luego yo tenía floreros con flores en las recámaras y en sus baños y las cortinas las abría en la mañana y ventilaba las recámaras, luego tendía y recogía las camas y pues cuando ellas se fueron yo hacía lo mismo, todos los días[...] una cosa que me costó mucho trabajo desprenderme, o sea en ese periodo, y ellas yo creo que, o sea también en cierto, hasta la fecha nunca les he dicho nada, yo creo que esta es la primera vez que lo estoy diciendo.

Elena

Su papel de madre y el momento en que este rol se empezó a eclipsar hasta su llegada a B, donde se reforzó tal situación que describió como una pérdida, es algo muy reiterativo en toda su historia, situaciones que tienen un claro marcaje de género; pues ella cumplía roles tradicionalmente destinados a las mujeres, se dedicaba a cuidar de toda su familia, dependiendo fundamentalmente de su marido en lo material, así como aceptando su voluntad, a pensar de sentirse perjudicada por ésta. Ya que incluso ella misma menciona que parte de los síntomas que conforman el diagnóstico de bipolaridad bajo el que fue tratada y medicada, se comenzaron a manifestar tras su ruptura matrimonial.

*[...] o sea es increíble cuando pierdes algo a veces pierdes todo, o sea todo se deteriora y yo no entiendo todavía cómo sucede eso en la vida de alguien, o sea a la vida no le importa, ya es de por sí demasiado con que seas internada, no, pues no importa, todavía más, una casa que con legítimo y honorable trabajo construiste como patrimonio, no lo puedes capitalizar en el momento que más lo necesitas y en el momento en que alguien que no tiene nada de culpa de que esté yo cómo estoy, porque mis hijas no la tienen, la tengo yo y en todo caso mi ex-marido, porque algunos de mis síntomas los empecé a tener en el momento de mi divorcio, no en el momento en que ellas se fueron, a pesar de estar tomando eso como algo muy duro, como un pacto muy poco este, promovido por mi, bueno, no, si lo promoví, vaya lo hice sin que me lo volvieran a pedir, como si fuera mi voluntad (silencio breve).
Sufría mucho.*

Elena

Estos malestares se pueden asociar de nuevo a construcciones de género, enmarcadas en una lógica cultural dominante, a la que autoras como Adrienne Rich (1999) o Monique Wittig (2002) nombran como un sistema que se erige en la heterosexualidad obligatoria, donde las mujeres somos el grupo oprimido, que por normatividad genérica debe de cumplir con el ser madre, tener a un hombre por pareja, al que debe de servir.

Las consecuencias de este sistema no se han hecho esperar. "La heterosexualidad ha sido impuesta a las mujeres forzada y subliminalmente. Sin embargo, en todas partes ellas le han opuesto resistencia, a menudo al precio de la tortura física, el encarcelamiento, la psicocirugía, el ostracismo social y la extrema pobreza" (Rich, Adrienne, 1999, p.194). Sobre esto me parece que se podría agregar como una forma de resistencia el malestar psíquico, que tras diversos acontecimientos se ha desatado en el caso de Elena y de otras muchas mujeres, pues cabe destacar que estadísticamente las mujeres somos más propensas a desordenes psicafectivos que los hombres (Granados, Cosme, José, Arturo, 2006).

Este fenómeno no es una casualidad, sino que responde a las características de nuestro contexto cultural. Bien lo descubrió Freud, ubicado en la Viena victoriana, quien dio cuenta de que la mayor parte de sus analizantes eran mujeres, época donde la represión a la sexualidad femenina causó severos estragos psíquicos en aquellas que vivieron ese contexto, periodo al que no en vano se le ha denominado la época de las histéricas (Pérez- Rincón, Héctor, 2001). En relación a esto Thomas Szasz (2002) señala que cada contexto histórico tiene su "enfermedad" protagónica, la cual representa los malestares que aquejan en ese momento a cada sociedad, ante lo que el autor afirma que esta es la época donde la esquizofrenia se ha vuelto el símbolo de la psiquiatría moderna.

Esto lo relaciono de forma inmediata con lo dicho por Foucault (1976, 1992, 2001) en torno a la locura como una forma de resistencia al ejercicio de poder, inherente a las relaciones humanas, donde los y las “locas” han sido confinadas al encierro y a los esfuerzos de normalización, como una forma de acallar sus reclamos encarnados en delirios y actos transgresores que ponen en evidencia la marginación y control del que son presas al negarse a seguir lo establecido; y el lugar marginado que se le ha dado a su palabra.

El testimonio de Elena deja ver cómo el diagnóstico de enfermedad mental y las prácticas que éste conlleva, la posicionaron en un lugar de control y vigilancia, donde se le destituyó de sus funciones sociales, al considerársele no capacitada para su cumplimiento. En el caso de Elena la función dentro del ámbito social que resultaba el eje de su vida, era el de madre.

Lo anterior se destaca por el hecho de que ella expresó reiteradamente que sus hijas eran su mayor motor para recuperarse de su estado de “enfermedad”, lo cual considero que habla de un fuerte arraigo a los lazos sociales que culturalmente se le asignan a la familia, así como una gran importancia del rol maternal, como una forma de identidad y de encontrar un sentido de utilidad social. Dicha utilidad social está asociada con la productividad, la cual brinda prestigio social y posicionamientos específicos dentro de las relaciones de poder, que permiten a las y los sujetos según sus ocupaciones tener lugares en la sociedad. Tales elementos reflejan la importancia que cobraron en la vida de Elena esta serie de nombramientos y regulaciones que se derivan del diagnóstico y lo que éste implica, al estar en la mira ciertos ejercicios del poder, que enfatizan las limitaciones y por lo tanto dan lugar a una serie de prohibiciones. Todo lo anterior se refleja en diversos fragmentos de su relato.

Me preguntaban si yo me siento enferma, yo contesté que no, pero que a mi no me importa eso. Dije que estoy aquí por mis hijas, porque ellas piensan que este es el mejor lugar para mí, y bueno además una cosa es cómo me vea yo misma desde adentro y otra cómo me vean ellas, porque por algo dicen que estoy mal, ¿no? Además yo también siento que este es el mejor lugar para mí, por mis compañeros... y bueno lo que digan los psicólogos, pues simplemente a eso no le hago caso. Yo pienso que mientras más te acercas a una persona pensando en la patología es peor, pues para mí la manera en que alguien va a estar más sano es viéndolo como un ser completo. Para mí la salud está en función de la libertad que se tenga y de la capacidad de integración que se tenga.

Elena

Lo anterior permite ver las diversas miradas sobre su estado de salud y la lectura crítica que ella tenía al respecto, esto está atravesado por los discursos científicos, que se encargan de vigilar la higiene pública, patologizando lo que se considera peligroso (Foucault, 2001 b), discursos que se cuelan en la dinámica familiar, donde se considera que esta mujer debía estar internada en un espacio de vigilancia bajo tratamiento médico y psicológico.

En suma, es evidente en el caso de Elena cómo las relaciones de poder marcaron su lugar dentro de la sociedad, debido a lo que dicen los discursos dominantes de saber, donde aparentemente su función de madre ya no se cumplía debido a su "patología", y son sus hijas quienes se hacen cargo de ella. Cabe recordar que Elena era una mujer de aproximadamente cincuenta y cinco años, que se miraba a sí misma como joven, lo cual ella señalaba le pesaba aun más en relación a su dependencia económica.

Yo no quiero ser un estorbo para mis hijas, pero lo soy, les doy mucha lata, ellas se esfuerzan mucho por pagar este lugar y pues yo no sirvo para nada, a veces pienso que sería mejor que me muriera, porque nada más sirvo para dar molestias.

Elena

Por esta razón, consideraba positivo el hecho de que hubiese un taller remunerado, ya que le daba la posibilidad de no depender absolutamente de sus hijas y poder pagar sus medicinas y otras cosas básicas que requería; sin embargo esto no era suficiente pues no lo vivía como un espacio que le devolviese su autonomía⁶⁷.

⁶⁷ Este aspecto lo abordó en el eje donde analizo la discapacidad y "enfermedad" mental.

Laura, mi hija mayor, tiene dos hijos, mis dos únicos nietos, este le aceptaron la oferta de la compra de su casa, casa que iban a comprar antes de tener a sus hijos y por internarme aquí en Casa B, no pudieron engancharse con una casa y luego ir cumpliendo con la mensualidad, entonces primero lo invirtieron en un negocio, un gimnasio, y este, entonces yo cargo con se detallito (risa leve), con esa carga desde hace cuatro años desde que mi hija Laura no pudo hacer su plan de vida, tener casa antes de tener hijos, sino vivir en departamento durante cuatro años, por ser yo una carga, entonces imagínate...porque mi hija y su familia se lo súper merecen y que yo al fin, o sea siento que, pues así, sentirme la persona que está impidiendo que mi hija tenga, que mis nietos tengan jardín y comodidades y Ricardo, que no tiene porque estar, bueno en fin...
Elena

En la segunda entrevista le pregunté cómo había sido su experiencia en el ejercicio de la maternidad a partir de su ingreso a B, sobre lo cual contestó lo siguiente:

Fue horrible, o sea, espantoso, no tiene nombre, o sea yo he dicho a veces, cosas muy simples, voy a empezar por lo más simple, en Casa B mis compañeros, los usuarios como les llaman, o sea los enfermos, los pacientes en el noventa y nueve por ciento de los casos o más bien a excepción mía, nadie tiene hijos y de los psicólogos y de las autoridades nadie tiene hijos, entonces el comprender a una enferma interna con hijas mujeres, siendo yo mujer nadie lo ha vivido, nadie lo puede comprender y esa falta de apoyo, de comprensión, de solidaridad, comprensión, esa carencia, es un eco que se oye en mi alma, que se oye en mi corazón, que gritas y gritas para adentro, horrible y luego pues esa es una cosa, el hecho de que no haya gente (inaudible) y luego otra cosa si hubiese algún compañero que tuviese hijos y fuesen sus hijos, en este caso mujeres las que lo mantienen, como es mi caso, súmale, ya no es... si el cien por ciento del dolor se ubica en ser madre y ya no tener casa donde recibirlas y ya no tener este espacio, y credibilidad y salud como para ser una madre que aconseja, una madre que cobija, una madre que apoya, una madre que ríe, verdad, junto con sus cosas porque está en una trágica situación de pérdida total, pérdida de su propia vida, o sea es terrible, y si aparte yo que trabajé desde los 16 años, jamás fui mantenida y por buenos periodos de mi vida ganaba más dinero mensual que mi ex -marido no se lo que es ser mantenida y de repente cuando soy mantenida es por mis hijas mujeres, jóvenes, menores de 30 años, con necesidades de desarrollo personal legítimo, del cual yo que soy de otra generación lo tuve, ahora ellas, o sea no, durísimo, no, durísimo.

Elena

Este fragmento me parece de suma importancia, pues deja al descubierto la parte central que aqueja a la experiencia de esta mujer en torno a la maternidad. Al narrar su experiencia, muestra cómo las circunstancias en las que se encuentra, marcan significativamente sus vínculos afectivos con sus hijas. En este sentido, Elena denota el gran peso que tiene para ella que su función como madre, esté mediada por la institución de la salud mental; ya que el estar controlada en todos los ámbitos de su vida por dicha institución, para ella genera que su rol maternal sea incomprendido, pues para

la institución resulta incompatible con su calidad de discapacitada mental. Esta situación la asocia, tanto con las condiciones materiales y sociales en las que estar institucionalizada la coloca, así como la ausencia de mujeres que sean madres dentro de este establecimiento⁶⁸.

Cabe señalar que tanto en esta investigación, como en mi práctica profesional, los casos con los que me he encontrado de mujeres diagnosticadas como psicóticas que tienen hijos o hijas, no han sido “enfermas” crónicas desde etapas tempranas de la vida, sino que su estado apareció en etapas posteriores a haberse convertido en madres, oscilando alrededor de los cuarenta años aproximadamente, con hijos en edad adolescente a adulta, situación que también se puede observar en el caso de Elena. Rebeca, igualmente fue diagnosticada después de ser madre. Ella, resulta ser una mujer que durante muchos años ha sido observada por médicos(as) y psicólogos(as); sin embargo siempre se ha mostrado resistente ante tal vigilancia, e incluso la ocasión que fue recluida buscó estrategias para dejar de estar en dicho espacio; en este sentido su mayor resistencia posiblemente ha sido el defender su autonomía, argumentando su “funcionalidad” dentro del ámbito social, asimismo como exigiendo que se le incluya y brinde apoyo, debido a sus condiciones; posición que le ha permitido no permanecer institucionalizada.

Lo anterior permite explicar por qué la maternidad no se considera un eje de atención o un área a fortalecer cuando las y los profesionales de la salud mental trabajan con mujeres pues, pese a que un supuesto fin del “tratamiento” en estos casos es reestablecer sus vínculos afectivos y sociales; la invisibilidad del género aunada a la idea de que la maternidad y las prácticas de maternaje son una tarea ajena a personas discapacitadas, limitan el reconocimiento del tema.

⁶⁸ Espacio que hace una separación del medio familiar, la cual funge como una medida “preventiva” para evitar daño a otros y a ellas mismas.

Por otro lado, Elena pensaba que era una carga para sus hijas y consideraba que esto se acentuaba por el hecho de que ellas fueran mujeres; debido a las desventajas de género que el ser mujer implica desde su punto de vista. Cuando le comenté que me llamaba la atención que recalcará el hecho de ser mantenida por sus hijas, diciendo “y además son mujeres”, contestó lo siguiente.

Yo si fueran hombres sentiría de la misma magnitud e intensidad la incomodidad de ser la carga, de que mis hijos carguen con los gastos de una enfermedad, de un estado de su madre, cuando ellos no tienen nada como causa, verdad, yo no veo diferencia en el sentido desde mi punto de vista, desde mi incomodidad, desde mi deseo de no ser una carga, pero a sabiendas y más de que la vida para la mujer es mucho más difícil que para el hombre, y si además estoy yo en el estado en que estoy, pues remátale, porque si aspiran a tener un puesto determinado en una carrera académica, o en una carrera de práctica profesional y tienen que competir para lograr ese puesto con un hombre es muy factible que tengan que trabajar el doble o un buen porcentaje más que el hombre para lograrlo. Por la propia realidad de la maternidad, por la propia realidad del matrimonio, por nuestra cultura, pero haciendo a un lado la cultura que es muy importante, por la propia realidad del físico, la parte física de la maternidad. Y nombre que a mi nunca me estorbaron, pero claro, no conozco a nadie, a nadie que pueda decirlo. Y yo te lo digo en los tres casos y ampliamente, y créemelo nunca recibí el apoyo, no lo he dicho, pero de parte de mi ex marido el papá de mis hijas, no recibía el apoyo de él para que eso sucediera. No, era nuestra relación de mis hijas conmigo y de mi con mis hijas, la que era extraordinariamente buena, física, mental, emocional, estética, social y no sé qué más se pueda decir, éste, entonces éste. Pero la vida está muy difícil, cada vez más, más dura que cuando yo era joven; y más para la mujer en cuanto pasa el tiempo. Parece contradictorio pero se le demandan a la mujer roles que no se le facilitan para realizarlos y se le demandan. Y la mujer tiene deseos naturales también de desarrollo propio, del propio desarrollo en la sociedad que antes no se tenía; y al mismo tiempo son fisiológicamente provistas para ser mamás, para ser como te decía antes de que encendieras la grabadora, asegurar la progenie, asegurar la especie, nada más. Y no solamente antes del nacimiento, sino después del nacimiento, amamantando. Es el gran placer de una madre, de una mujer el rol de madre. Creo que la sociedad no lo ve así. Y bueno, ellas además cargan con una problemática de su propia madre. En el caso concreto quiero nombrar el económico, aunque yo sé que no sólo es el económico y si nombro el económico es porque me desmayo, me desbarato, me muero de la pena. Seguramente lo más duro para ellas es que yo esté sola, el que conmigo ya no se establece el vínculo que se establecía antes, no se puede, y ellas no pueden hacer nada, carecen de esa satisfacción.

Elena

En este fragmento Elena pone sobre la mesa problemáticas que tienen que ver con las construcciones de género, lo cual particulariza su vínculo maternal, al dar cuenta que el ser mujer en esta sociedad implica mayores jornadas de trabajo, menor retribución por dicho trabajo y limitaciones en el desarrollo profesional y personal por las

concepciones que existen sobre el “ser mujer”; por lo tanto, considera que sus hijas están en desventaja por su condición de género, por lo que al tenerse que hacer cargo de ella se acentúan tales desventajas.

En el mismo sentido, Rebeca, una de las entrevistadas, madre de Celeste⁶⁹ y Raquel⁷⁰, hace comentarios que también se asocian a las diferencias que ella atribuye a tener hijas mujeres, en vez de hijos varones, las cuales impactan de alguna manera en su relación con ellas y están claramente enmarcadas en construcciones de género, las cuales la entrevistada considera como características propias de cada sexo.

Porque la mujer, este, el hombre va más, o sea si falta el marido es un apoyo para la madre. Hay hijos que son muy desentendidos de la familia y hay otros que son muy unidos, y mi deseo fue siempre tener hombres [...] mi deseo siempre en el embarazo de Raquel, pensé que iba a ser hombre

Rebeca

Rebeca en este sentido expresa sus expectativas sobre la maternidad, particularmente respecto a hijos varones, donde denota una visión estereotipada en torno a los roles de género en hombres y mujeres. Asimismo, Rebeca menciona qué es lo que espera de sus hijas como mujeres, pues manifiesta como su máximo deseo en relación a éstas que se aprendan a comportar como “señoritas” para que puedan casarse y tener hijos. Rebeca dice que es lo mejor que podría esperar para sus hijas, ya que dentro de su comunidad esto es lo esperado para una mujer⁷¹. Sin embargo, a pesar de tener esta idea, ella considera que esto es muy difícil que llegue a suceder, ya que describe a sus hijas como mujeres con problemas de aprendizaje⁷².

⁶⁹ Celeste también fue entrevistada para esta investigación, asimismo realicé con ella un trabajo de asesoría de un módulo de secundaria abierta sobre sexualidad.

⁷⁰ Raquel (28 años), no participó de esta investigación, sin embargo ella también está diagnosticada como psicótica y estuvo institucionalizada en la clínica J y en Casa B, donde tuve oportunidad de trabajar con ella.

⁷¹ Cabe mencionar que pertenece a una comunidad religiosa conservadora, donde sus integrantes se encuentran muy cohesionados y gran parte de la identidad cultural se basa en sus prácticas religiosas.

⁷² Cabe recordar, que sus hijas también están diagnosticadas como psicóticas, además de presentar deficiencia intelectual.

Yo les digo a mis hijas que se casen, que tengan sus hijos, pero yo entiendo que mis hijas tiene problemas de aprendizaje, o sea, no, no son señoritas que piensen como señoritas, piensan como niñas [...] Es muy difícil que se casen; porque una mujer para casarse debe ser inteligente; porque si va a ir con un muchacho y si habla pura tontería no se puede [...] no se como se dice, pero le faltó a Celeste media neurona y a Raquel un cuartito, las dos tiene problemas de aprendizaje [...] Ahora hay estudios, o sea a la mujer embarazada antes de que nazca el bebé le hacen un estudio de la bolsa amniótica, o sea le sacan el líquido y ven si el niño va a nacer normal o va a tener alguna deficiencia genética, porque uno no sabe lo que puede tener, si va a venir el hijo bien, y con los años van pasando ya se presentan los problemas.

Rebeca

Aquí Rebeca aborda un punto muy interesante, que es precisamente lo que ya he mencionado con anterioridad, sobre las características que se esperan de una mujer para poder ser madre, y ella aquí también incluye para poder ser esposa; donde menciona cierta incompletad de sus hijas, que complica el hecho de ser madres-esposas se concrete en Celeste y Raquel. Igualmente, vale la pena señalar el cómo también alude a las posibilidades que hoy en día existen de descartar posibles “deficiencias” en un bebé antes de que nazca. En este sentido, considero que la alusión a la normalidad que Rebeca hace, la mira tanto para que una mujer sea la madre esperada, así como para que un(a) hijo(a) también sea lo esperado, aunque no descarta que ciertos problemas pueden surgir con el paso del tiempo, sin que pueda mediar control alguno por parte de la madre o que los saberes médicos puedan anticiparlo. Toda esta reflexión está atravesada por el discurso de la salud, que de alguna manera aquí legitima, pero a su vez critica en otros momentos de su discurso.

En el caso de esta mujer, cuya relación con sus hijas ha estado sumamente mediada por su comunidad religiosa y la institución de la salud mental, donde madre e hijas han sido atendidas, le da matices muy particulares al vínculo que han creado, ya que lo privado esta imperceptiblemente mezclado con lo público, pues la palabra de los profesionales y las autoridades de las instituciones ya mencionadas vigilan sus comportamientos. A cambio reciben asistencia en todos los ámbitos de sus vidas; como una forma de pago, tienen que dar cuentas a los(as) profesionales de cómo se

relacionan entre ellas. Esto conlleva que su discapacidad se mantenga y reproduzca por medio de los vínculos que las instituciones sostienen con estas mujeres y viceversa.

Si, los sábados y domingos se va muy tempranito a la Casa B, yo le digo, para que te vas tan temprano a la Casa B, mejor vete tarde. Y ahora va a bailar en el festival de la primavera de "K". Y el otro día me decía, mamá tengo ensayo en la noche, voy a preguntar si hay este, transporte o quien sabe que tanto. Pero ella viene los viernes, yo antes iba a Casa B pero un día no se que hizo berrinche Celeste y se peleó con alguien y el director de allí, cómo se llama, eh cómo se llama [...] Celeste dijo que ya no nos dejaran entrar y yo ya no he ido allí; entonces la veo los viernes que viene a verme y vamos al departamento y digo vamos al templo, o en las fiestas la veo o así. Le digo háblame, a veces me habla a veces no me habla, le digo tienes que hablarme todos los días y que hable como señorita, no como niña tonta, le digo, habla bien.
Rebeca

Así en casa B pasó una vez así y me prohibieron ir a verlas (risa). Un día regaño a Raquel por teléfono y le dijo al doctor Manuel, oye mi mamá me está regañando y quien sabe que más y todo; por eso en la Casa B a mí sinceramente no me gusta el ambiente[...]
Rebeca

[...] cuando Raquel estaba yo iba todos los sábados a verlas, pero ahorita Celeste como va al templo conmigo los viernes, pues yo la veo los viernes a ella, porque al departamento no puedo ir, porque viven tres muchachitas con una cuidadora, digo está mejor, tener un departamento que estar en Casa B porque a mí, a donde duerme Celeste que la pasan de un cuarto para otro, le dije a mí no me gusta, que la pasan de un cuarto a otro cuarto y quien sabe que, no me parece, me parece que tenga su privacidad, su recámara, sus cosas. No me parece a mí.
Rebeca

En los fragmentos anteriores Rebeca cuenta diversas situaciones que se han ido dando en el cómo ha podido irse vinculando con sus hijas, esto a partir de las reglas y tiempos de Casa B. Expresa cómo a partir de ciertas situaciones, y de la petición de Celeste en que no la dejaran entrar, así como los tiempos que ella tiene en sus actividades cotidianas, su relación se encuentra restringida al encuentro en ciertos tiempos y espacios. En parte de esta narración, Rebeca menciona que no puede ir al departamento, ya que viven otras tres jóvenes y una cuidadora. Cabe señalar que, Celeste está en un proyecto denominado "Vida Independiente", el cual dirige "K", asociación que trabaja con Celeste a la par que Casa B, ambas vinculadas con la comunidad religiosa a la que pertenecen Celeste y Rebeca. En este departamento viven varias mujeres jóvenes con diversos tipos de discapacidad, y son acompañadas por la

cuidadora en mención, con la idea de que el grupo de mujeres que allí habitan adquieran herramientas para su independencia y autocuidado. Celeste vive allí, saliendo a hacer sus actividades como laborar, ver a su familia; igualmente el sábado y domingo está en Casa B, donde tiene intervención terapéutica, recibe asesorías para los módulos de la secundaria abierta y convive con la comunidad. Sobre esto menciona Rebeca que a ella le gusta más la idea de que su hija viva en un departamento; lo que una vez más deja ver el desacuerdo de Rebeca con la institucionalización.

Rebeca narró que, estando institucionalizada en una clínica que aquí nombro como “J”, tuvo una experiencia similar, en la cual se percibe claramente una intervención por parte de las autoridades sobre la relación que ella sostenía con sus hijas, también internadas en este espacio.

Cuando yo llegué a Cuernavaca cinco meses no me dejaron ver a mis hijas, me tenían en un cuarto allí encerrada, después cuando mis hijas y yo salimos allí de Cuernavaca, este a mis dos hijas las metieron en Casa B y a mi me metieron en una clínica que se llama la F, estuve ocho días y mi mamá me sacó de allí.

Rebeca

[...] cuando un día regañé a Celeste intervino la doctora y que yo le había pegado a Celeste y que no es cierto, intervino y me llevaron a la fuerza al cuarto y allí me tuvieron encerrada una semana.

Rebeca

Lo anterior muestra cómo se evalúa la capacidad de estas mujeres para ser madres, el caso de Rebeca permite ver que no es considerada apta para llevar su relación maternal desde lo privado, como se da comúnmente en nuestra cultura. En este sentido, aquí aparece el regaño, la llamada de atención, como algo dañino o “anormal”, que debe ser controlado, puesto que proviene de una mujer considerada discapacitada; cuando para el caso de las mujeres no discapacitadas, esto resulta una práctica común, que no se regula con tanto ahínco, e incluso se promueve como una forma de establecer límites.

Pues me decían que yo soy esto y el otro, le dije que a mi, un día fui con una psicóloga y me decía lo que yo tenía que hacer con mis hijas y no me pareció, a mi [...] Que tenía que ser más cariñosa con las niñas, y quien sabe que tanto y no pegarles, a veces si me

*sacan de quicio Raquel y Celeste, llegan y me dicen de cosas, y me dice vieja anciana.
Rebeca*

Asimismo, sus hijas no son consideradas capaces de ser autónomas, por lo que están en la mira de estas instituciones, que de alguna forma suplen funciones maternas, las cuales Rebeca no puede cumplir como se espera. Por otro lado al no ser Celeste y Raquel consideradas aptas para cuidar de sí mismas, la maternidad se les niega, lo cual se logra por medio de discursos que las han convencido de su imposibilidad para ejercer dicho rol y de la esterilización involuntaria.

En suma la revisión anterior develó que las construcciones de género aparecen en muchos casos como “naturales”, al asociárseles con lo biológico; sin embargo, estas mismas nociones se desnaturalizan al pasar por filtros culturales, que indican, en el caso de la maternidad, la necesidad de características especiales, que deben cuadrarse a comportamientos aceptados, para ser considerada apta para el ejercicio de la maternidad. Esta situación incide en mecanismos de poder que impiden a aquellas que ya son madres estar cerca de sus hijas(os), con el fin de protegerles de potenciales agresiones por parte de éstas, o bien, evitar negligencias debido a su discapacidad. Para aquellas que no son madres, estas medidas con fines preventivos, buscan alejar a estas mujeres de la idea de concebir un hijo(a), al decirles que en su situación ésta no es una buena idea.

En todos los casos aquí referidos, las mujeres que hablaron sobre su experiencia, tanto las que han sido madres como las que no, han manifestado el hecho de ser limitadas en la forma en que son nombradas, al vivir un claro control tanto de sus vínculos sociales, como de las expectativas que tienen sobre éstos, lo cual incide en que ellas mismas se autorregulen en función de lo esperado de ellas por parte de las y los profesionales.

Asimismo, me parece importante destacar que en relación a la maternidad, el tema de la sexualidad salta a la vista, al estar profundamente asociadas. Cuestión que se puede ver en las construcciones genéricas en torno a la sexualidad femenina, donde el binomio de mujer igual a madre no se ha disuelto del todo; sin embargo, en el caso de estas mujeres, esta parte está velada, lo cual refuerza la marginación que viven como mujeres discapacitadas, donde la sexualidad y el control del cuerpo inciden en infantilizar a estas mujeres. También en relación a la sexualidad, aparece la importancia de la normativización del cuerpo, la cual apunta a incrementar la productividad como parámetro de recuperación, donde el vivir el cuerpo desde el placer se minimiza. Esta parte del placer asociada a las relaciones erótico-afectivas no se contempla, porque no se les piensa como seres sexuados.

Estos lugares marginados, que limitan la voluntad y la posibilidad de autonomía, merman las posibilidades de integración social de estas mujeres, pues se les mira desde parámetros de "normalidad", en lo que ellas no encajan.

Como ejemplo de esto narro el caso de Elena, quien desafortunadamente, durante el transcurso en que yo realicé esta investigación se quitó la vida, situación muy penosa que tiene mucho que ver con la problemática que en esta investigación he buscado develar, ya que este acto anunciado anticipadamente por ella a los profesionales de este espacio, fue poco escuchado por aquellos y aquellas que estaban a cargo de acompañarla en su recuperación, por el contrario desde el punto de vista de Elena esta idea, que ella decía ser la única salida, fue tomada como un chantaje y no como un auténtico sufrimiento que la aquejaba al decir que la vida no tenía sentido si no

podía tener una buena relación con sus hijas, pues todo lo demás se había deteriorado a un punto irrecuperable.⁷³.

Todo lo anterior da pie a seguir reflexionando sobre los lugares que la maternidad tiene a nivel social, por lo que se aplica una vigilancia exhaustiva sobre ésta en el caso de aquellas mujeres que tienen discapacidad mental; medidas que en muchos casos son vividas como una violencia extrema, que produce malestares, de los cuales muchas veces no se habla, mas forman parte de las producciones sociales, que se concretan a partir de los saberes que erige la cultura dominante.

Por otro lado es importante dejar claro que las relaciones de poder, desde donde estas mujeres son reguladas, que es por medio de discursos y acciones, también les acarrea a ellas ganancias secundarias, que en muchos de los casos se remiten a delegar responsabilidades sobre múltiples situaciones de lo cotidiano, bajo el argumento de la discapacidad. Esto permite ver el gran dinamismo y complejidad que integran esta problemática tan poco abordada y que se contextualiza en un espacio histórico específico, donde estas mujeres actúan y reproducen desde su particularidad los discursos de las instituciones, resistiéndose continuamente a éstas, así como legitimando sus discursos.

A continuación presento mi análisis sobre la discapacidad, la cual como ya se ha mencionado, forma parte crucial del cómo estas mujeres se miran y miran el ejercicio de la maternidad, condición que resulta definitoria en cada ámbito de su vida y dentro de la interacción dentro de lo social. Aunado a esto recupero la conceptualización de

⁷³ Esto lo se por lo que me dijo durante la última entrevista y la última conversación telefónica que mantuve con ella, donde me comentó que la habían corrido de la institución por haber cometido una falta que el doctor Manuel había descrito a sus hijas como grave, la cual no me pudo especificar, al estar siendo vigilada por una cuidadora que rondaba por donde ella hablaba. En consecuencia sus hijas le dijeron que desde ese momento ella se las arreglara sola, después de eso no pude volver a tener contacto con Elena y dos o tres semanas más tarde fui informada por alguien relacionado con esta institución del desenlace que tuvo.

“enfermedad” mental, la cual tiene una presencia clave dentro de las nociones de discapacidad.

3.2 Discapacidad y “enfermedad” mental.

Las implicaciones que tiene el ser nombrada como “enferma” mental, se materializan en la formas en que estas mujeres son tratadas por los profesionales, familiares y demás personas que las rodean, en ese sentido el discurso de la discapacidad forma parte fundamental de sus concepciones; pues está presente en sus experiencias como parte de esos tratos a los que están sujetas, en algunos casos de manera latente y en otros claramente manifiesta, como parte esencial del discurso que respalda los procesos de normalización que marcan su vida diaria.

Estas mujeres se identifican con el lugar de marginadas a partir de los discursos de normalización a los que están sometidas, los cuales se reflejan en muchas prácticas de lo social, que se empeñan en clasificarlas mediante la etiqueta de “anormales”, en consecuencia de su “enfermedad mental”. Esta situación me parece que es un claro ejemplo de cómo a pesar de que las y los profesionales de este espacio tienen referentes teóricos que descolocan a la psicosis como enfermedad, la lógica del discurso hegemónico es más fuerte, al no deslindar estas prácticas de lugares de poder, que hacen evidente el que hay una parte que tiene la “razón” y otra que no la tiene⁷⁴. Asimismo, lo que se dice en este establecimiento sobre lo que estas mujeres son o no son, así como las demás consignas que se han hecho sobre ellas en cada ámbito de su vida están permeadas por un sin fin de discursos institucionalizados como el de la salud mental, el derecho, la economía, la educación, la familia, la sexualidad, entre otros; lo cual las hacen concebirse desde una óptica particular, donde el estigma referente a la

⁷⁴ Pues cabe recordar, que a pesar de que el discurso formal de casa B no es el de pensar la psicosis como enfermedad, muchas de las prácticas que se dan día a día en este espacio no se basan en este principio psicoanalítico.

anormalidad siempre está presente, con el que se les contempla en tales construcciones sociales; que se manifiestan mediante los mecanismos que operan dentro de las redes de poder.

Tales mecanismos de poder tienen entre sus fines clasificar y normalizar, entre estos se encuentran los discursos de la discapacidad, los cuales en la mayoría de casos apuntan a homogeneizar a las y los “anormales”, con el fin de explicar las razones de su exclusión de diversas prácticas y redes sociales. Esta marginación deja ver una postura esencialista, en tanto que, se basa en un modelo médico que pone énfasis en la biología e invisibiliza las condiciones y discursos sociales que clasifican a las mujeres en función de sus capacidades, poniendo en desventaja a quienes no entran en la categoría de “normalidad”, como es en los casos de las mujeres en las que se enfoca este estudio.

Asimismo, en la postura políticamente correcta del Estado, en la que destaca la preocupación por integrar a las personas con discapacidad a todas las esferas de la vida social, subyacen discursos y prácticas discapacitantes, así como francas formas de coerción que limitan el pleno ejercicio de derechos de las mujeres diagnosticadas como discapacitadas mentales (Rosato, Ana, Vain, Pablo (comp.), 2003, Morris, Jenny, et.al, (1996). Estos criterios carecen de una problematización que se plantee desde una mirada multidimensional de lo social, lo que en muchos casos da como resultado que el ser nombrada como discapacitada cause un malestar mayor, al ser un término paradójico, pues por un lado disfraza el estigma y por otro lo perpetúa.

Elena en nuestros encuentros develó el tema de la discapacidad y los cuestionamientos que tiene sobre tal criterio. Al respecto me dijo lo siguiente.

Se contradicen, ¿soy o no soy discapacitada? Ellas (las talleristas) no trabajan en el taller porque ellas no son las discapacitadas. A mí me gustaría ver la diferencia entre las discapacitadas y las capacitadas (risas). Es una contradicción, me pagan como discapacitada y me dan un trato diferente que mis demás compañeros, a ellos les dan diez minutos de descanso por hora y a mí no.

Elena

Cabe señalar que en el caso de Elena el trato era diferente por parte del personal terapéutico, debido a que era aparentemente de las “pacientes” más estables, con más habilidades sociales, de trabajo y su capacidad intelectual era alta; sin embargo, esto no eximió que se le diera un trato que ella definió como de discapacitada, situación que cuestionó y le parecía contradictoria. Esto se asocia con lo que dice Julie McNamara (1996), feminista discapacitada, con diagnóstico de esquizofrenia, quien señala que:

La discapacidad se refiere a la abolición del poder de las personas o a la negación de su acceso al poder. Quienes utilizamos el sistema de salud mental estamos discapacitados por la enormidad de prejuicios sociales y personales que se nos dirigen. Es evidente, por tanto, por qué el «movimiento de la discapacidad» debe acoger a los supervivientes del sistema de salud mental. (McNamara, 1996, p.221).

En el caso de Celeste, por momentos se identifica como discapacitada y en otros no, ya que dice que en la organización “K” a la que también pertenece, -al igual que a Casa “B”-, que es para personas discapacitadas, hay gente que está “peor” que ella. Al preguntarle qué es la discapacidad, tema que ha salido en múltiples conversaciones dice lo siguiente.

*Un discapacitado es alguien que no piensa bien y que además está mal del cuerpo,
yo no estoy mal del cuerpo. Celeste*

Pensando en lo que Celeste dice, es importante ver cómo el cuerpo juega un papel central en la forma de mirar y construir la discapacidad, pues son discursos que lo atraviesan, lo norman y le dan un lugar dentro de las configuraciones sociales (García, Canal, 2002), es decir, la forma de ser nombrada destina a estos cuerpos marcados por diferencias indeseables a los terrenos del estigma (Goffman, 1963), por lo que parafraseando a Celeste la discapacidad ubica lo que está “mal”. Desde esta mirada de donde ella nos habla, la discapacidad implica un estigma, en el que los saberes especializados colocan a ciertos sujetos y así justifican tratos discapacitantes (Morris, 1996).

Cabe señalar el hecho de que la discapacidad física, que radica y es evidente en el cuerpo, es la más visible dentro de los movimientos y acciones de integración social de este sector. Por su parte la discapacidad mental (menos visible y tolerada) recuerda que el discurso de la modernidad, predominante desde la Ilustración, se centra en la razón y la privilegia por encima del cuerpo; es decir, la razón es lo que se utiliza para definir al ser humano, donde la consigna cartesiana que reza “Pienso, luego existo” atraviesa las concepciones ontológicas de occidente.

Quizá este sea el motivo de que las y los faltos(as) de razón, sean considerados(as) más indeseables aun, al ser más invisibilizados y excluidos, pues esa carencia lleva a considerarlos además de anormales, prácticamente no humanos. En consecuencia la normalización se vuelve un requerimiento indispensable, la cual opera bajo justificaciones científicas, que se implantan en los discursos políticos.

A continuación retomo lo dicho por Celeste cuando venía de un congreso sobre discapacidad, al que asistió por parte de la asociación “K”, me explicó lo siguiente:

Ahora comprendo mejor qué es la discapacidad, pues en varias conferencias nos explicaron que hay diferentes tipos de discapacidad, motora, intelectual, visual, y muchas más, dependiendo el tipo de deficiencia que se tenga; todo esto me pareció muy interesante...
Celeste

Tal concepción sobre la discapacidad está respaldada por lo que los discursos formales han construido en torno a dicha noción, los cuales naturalizan el estigma y los esfuerzos de normalización, por el hecho de concebirse de forma exclusiva como una cuestión biológica, lo que deja fuera las implicaciones que desde lo social se atribuyen a estas diferencias físicas, intelectuales y psíquicas.

Este es un modo de comprensión que como se ha dicho, enfatiza en el déficit, reduce la discapacidad al hecho biológico –que como tal podría asumir características universales- y desconoce las condiciones sociales, políticas, históricas y culturales en la que se produce, negando la semejanza entre la existencia de la deficiencia y la producción de alteridad discapacitada (Ana Rosato y Pablo Vaim, 2003, p.34).

Esto me lleva a pensar que aunque Celeste no encuentra en sí misma estas “deficiencias” físicas y mentales de las cuales le han hablado, identifica muy bien que se le trata como parte de este grupo.

Celeste: ...la discapacidad va en varios rangos, entonces a mí no me gusta que me traten como discapacitada, y la incapacidad es que no puedes hacer nada y en la discapacidad, tampoco, más bien no muchas cosas puedes hacer en la vida....

Paola: ¿Y para ti qué significa el ser discapacitada?

Celeste: Pues el no poder hablar bien, valerse por sí misma, o si mismo, como “L” que tiene síndrome de Down, “N” tiene retraso mental, “C” tiene Down, ehh “A” va a cumplir ochenta y parece niño de tres...

Paola: Me decías que tú no te sientes como discapacitada, pero que ellos te tratan así, por qué crees que te tratan como discapacitada.

Celeste: Pues porque creen que soy igual que ellos, en el mismo aspecto....

Paola: ¿Y en qué consiste ese trato que te dan como discapacitada?

Celeste: O sea, que me dicen qué tengo que hacer, me dicen qué tengo que hacer con mi vida, o sea me manejan a su antojo...

En las palabras de Celeste se puede vislumbrar cómo a pesar de no estar de acuerdo en ser colocada en esta clasificación, asume que ciertas diferencias si ameritan ser nombradas como discapacidad, situación que parece estar asociada con la intervención normalizadora por parte de los espacios en los que es tratada, donde el discurso apunta a asumir la discapacidad como algo dado específicamente por diferencias que se alejan en gran medida de lo considerado normal. Sin embargo, la propia Celeste descifra, aparentemente sin darse cuenta, que la discapacidad consiste en una forma de ser tratada, más que en la “deficiencia”, pues el modo en que experimenta el ser considerada dentro del colectivo de discapacitados(as) es cuando se le priva de la posibilidad de poder ser autónoma y de decidir sobre sí, situación que se deriva de ser considerada no apta para hacerlo, desde los parámetro de normalidad con que es medida, por lo que me parece importante dar cuenta de “... la dimensión política e histórica de la discapacidad, entendiéndola como una producción social que sostiene relaciones de asimetría y desigualdad” (Ana Rosato y Pablo Vain, 2003, p.31).

Esta posición de discapacidad en muchas ocasiones resulta una analogía de la infancia, etapa en que las opiniones y decisiones pasan por el filtro de una autoridad

“capacitada”, asimismo, se refleja en hechos como no figurar como sujetos jurídicos, la anulación de la ciudadanía, es decir, no se les considera aptas para ejercer responsabilidades del mundo social. Esta analogía también justifica el hecho de que se les impida ejercer la maternidad. Celeste reflexiona sobre esto y repara al decir:

Porque soy una mujer adulta, pero no pienso como adulta, pienso como niña, o sea, también eso va ligado a la discapacidad.

Celeste

Sobre sus intenciones de integrarse a una “vida adulta”, Celeste habla de inquietudes en torno a establecerse con una pareja estable, después de un rompimiento con uno de los usuarios de la comunidad, quien ya no se encuentra en ésta. Dice sentir enojo al ver que una de sus compañeras “discapacitadas” ya se casó y se cuestiona por no haber logrado casarse pese a no estar “tan mal” como ella.

Dicha situación forma parte importante de la problemática que atraviesa a la discapacidad, donde la sexualidad y los deseos de la persona se ven obstaculizados por los discursos discapacitantes.

Otra cosa que aquí es muy difícil es que la vida sexual se acaba, y bueno esa es una parte muy dura; porque yo antes de entrar aquí tenía mis amigos, tenía varios y bueno desde que estoy aquí ya no hay vida sexual.

Elena.

Lo que describe Elena se asocia con lo mencionado anteriormente, sobre el cuerpo como un espacio de coerción real, donde los discursos discapacitantes toman lugar y sancionan también a la sexualidad. En gran medida esta limitación de la sexualidad y la libertad de prácticas eróticas está ligada de forma directa con la disciplinarización del cuerpo, las restricciones sobre qué actividades se pueden llevar a cabo y cuales no, así como el control de los vínculos sociales, que en el caso de estas mujeres son mediados por la institución de la salud. Esto se aplica por medio de las reglas del establecimiento, el control de horarios y la vigilancia de actividades. Sobre este respecto, es interesante pensar cómo en este espacio no se contemplan las necesidades erótico-afectivas, ya que es un ámbito de la vida de estas mujeres sobre el

que no se habla, considero que esta omisión se asocia al hecho de que el ejercicio de la sexualidad está marginado a las personas “anormales” y reservado a la población “normal”. En relación a esto doy cuenta que el tema de la maternidad y los derechos sexuales y reproductivos tienen un lugar de suma importancia al ignorarse por completo en los abordajes de la salud, lo cual estigmatiza de nuevo a esta población, donde una vez más los discursos discapacitantes toman lugar en la forma en que estas mujeres son tratadas y viven la experiencia de que sus vidas estén manejadas por un espacio terapéutico, donde ellas solo viven bajo voluntades ajenas, que se justifican bajo el supuesto de que eso es lo que a ellas les causará bienestar, sobre lo cual me pregunto ¿qué tanto bienestar puede causar la alienación? Evidentemente, esta pregunta da paso a su contestación al dar cuenta del gran malestar que ha generado en la vida de estas mujeres, el ser controladas, vigiladas, clasificadas y demás condiciones que integran una completa alienación, la cual sin embargo, mediante sus discursos y posicionamientos, da paso a la resistencia, que cuartea los principios de un sistema, que no cesa de justificarse.

Otro aspecto relacionado con la noción de discapacidad y cómo la viven las mujeres que participaron en esta investigación, considero radica en la imposibilidad de ser productivas económicamente, lo que da como consecuencia un estado de dependencia material, pero fundamentalmente la exclusión de un lugar valorado en la sociedad. Este es un aspecto, de esta misma problemática, en el que no profundizo, pero que resulta de vital importancia dentro de sus discursos y experiencias.

...Pero también mi proyecto personal en este momento es reintegrarme a la sociedad y ser autosuficiente y no una carga, ahora me toca a mí. Yo nunca fui una carga económica para nadie, no se ser una carga económica para nadie. Hace tres años y medio entré aquí a Casa B y los primeros tres años no se pudo rentar mi, nuestra casa por lo tanto, todo lo que significó, lo que significa estar aquí en esta institución lo pagaban, lo solventaban mis tres hijas y a mí me hace sentir muy, muy mal, que ellas que no tienen nada que ver, ninguna causa ni nada que ver con mi problemática y sean las que tienen que sacrificar los beneficios del dinero que se paga para mí, que

no quiero nombrarlos, pero obviamente dejan de recibir los beneficios por pagar lo mío.
Elena.

Asimismo, aquí cabe citar lo que la misma Elena dijo sobre su antigua situación laboral y el valor que cobraron sus logros profesionales al estar institucionalizada en un espacio terapéutico como casa B.

Nunca lo viví como orgullo personal, fue hasta hace muy poco tiempo, cuando lo necesité, necesitaba sentirme que algo había hecho bien en la vida, algo había servido en el mundo,
Elena

Los fragmentos anteriores, en los que Elena narró lo que significó para ella el haber sido productiva económicamente y en un momento dado ya no serlo, lo que la condujo a depender económicamente de sus hijas al ser ingresada a B, permite vislumbrar cómo los discursos de enfermedad y discapacidad bajo los que estas mujeres han sido consignadas, causan pérdidas en la imposibilidad de decidir y actuar en ciertos ámbitos de la vida social; pues cabe señalar que Elena de ser una mujer ubicada en un lugar de productividad económica, afectiva y doméstica pasó a ser considerada como acreedora de vigilancia al ser diagnosticada como bipolar, a pesar de ella misma señalar no sentir malestares en relación a su condición emocional. Este punto del discurso de Elena lo tocaré más adelante.

Asimismo, la dependencia económica, se asocia con el hecho de que su rol de madre había sido aniquilado, al ser sus hijas quienes se hacían cargo de ella, siendo aun una mujer menor de cincuenta años. Por lo que consideraba era ella la que debía cumplir con ciertas labores a nivel emocional y de cuidados para con sus hijas, aun cuando éstas ya eran adultas, pues Elena refirió que sus funciones de madre no se limitaban a los cuidados de la crianza, sino a cubrir diversas necesidades que surgen en cada etapa de la vida, una de ellas señaló es el apoyar y el ser alguien con quien se cuente y acoja. Funciones que dijo ya no podía cumplir al haber sido considerada una “enferma” de sus emociones, estar medicada y no tener un espacio propio donde habitar y recibir a sus

hijas. Lo anterior se relaciona de manera primordial con el lugar de discapacidad que experimentó esta mujer al vivir todas estas limitaciones.

Por otro lado, Rebeca también en su discurso marcó la relación que encuentra entre la discapacidad y el trabajo desde su propia experiencia, sobre lo cual dijo lo siguiente:

O sea, cierta discapacidad es que una persona no pueda valerse por sí misma, o no puede trabajar, tendrá alguna discapacidad, hay gente que no puede trabajar. Yo de soltera si trabajé, cuando me casé al mes me quedé embarazada y pues ya dejé de trabajar...
Rebeca

Es interesante ver cómo en el discurso de Rebeca la discapacidad está asociada a la no productividad. En su caso el motivo para dejar de trabajar remuneradamente, fue su entrada al ejercicio de la maternidad; sin embargo, en su discurso no considera esta labor como un trabajo, sobre tal idea cabe la pregunta de si su posición de discapacitada inició cuando comenzó a ser madre, esto es algo que considero se asocia con el hecho de no haber tenido las hijas esperadas, que cumplieren con las expectativas de "normalidad", funcionalidad y salud, que Rebeca plantea como requisitos para no ser discapacitada. Sobre el mismo tema le pregunté si en el caso de sus hijas las consideraba discapacitadas para el área laboral, sobre lo cual contestó lo siguiente:

O sea, en Celeste no me vaya a decir que puede trabajar en una compañía de secretaria o algo. Allí, en K, las enseñan a hacer vida independiente, por eso está en el departamento, para ser independiente.
Rebeca

Rebeca habla en sentido comparativo entre sus hijas y ella, diciendo que ella en algún momento de su vida trabajó, lo que implicó ser competente para tal tarea según los criterios laborales, situación que reconoce no se da con sus hijas, por lo que establece parámetros en relación a lo que entiende por discapacidad. Su postura se enmarca en los discursos del saber, los cuales pretende aplicar para el caso de sus hijas, en contraste ella se rehúsa a ser mirada y clasificada por estos mismos saberes. En consecuencia se resiste a estar bajo la vigilancia médica, mas demanda tales atenciones para sus hijas, quienes considera si lo requieren, al describirlas como mujeres con

problemas de aprendizaje, lo cual no les permite ser “señoritas que actúen de acuerdo a su edad”.

Este discurso parece reflejar cómo a pesar de que ella misma ejerce resistencia frente a los discursos normalizadores bajo los que ha sido mirada y tratada, no deja de aceptar que estos constreñimientos se apliquen a personas que ella considera si los requieren, como es el caso de sus hijas, asimismo, se considera con facultad para sancionar y etiquetar a otras, al ejercer el poder que le otorga su papel como madre, a pesar de estar limitado.

Rebeca señala que la discapacidad de Celeste es el motivo de que se encuentre en el proyecto de “K”, denominado vida independiente, donde después de un largo proceso de preparación por parte de la Casa B y “K”, vive en un departamento junto con otras personas también discapacitadas, donde son vigiladas(os) y cuidadas(os) por profesionales como enfermeras(os) y psicólogas(os) que dirigen las labores y organización de la vivienda.

Esta situación Celeste la experimenta como algo que la hace sentir molesta por ser clasificada como discapacitada, y al mismo tiempo ser colocada junto con otros sujetos que considera están “peor” que ella.

Al preguntarle a Celeste sobre “K” y cómo llegó allí me dijo lo siguiente:

Celeste: Pues no se, allí me metieron y allí me quedé.

Paola: Ah, y ¿quién te metió?

Celeste: Mi mamá, mi comunidad religiosa, y yo odio ese espacio, no me gusta entrar, no me gusta que me traten como discapacitada.

Cuestionándola más sobre “K”, establecimiento que atiende a personas discapacitadas, me dijo que solo recibe a gente que pertenezca a su comunidad religiosa, asimismo, además de las actividades recreativas les llevan a trabajar a fábricas, sobre lo cual comentó:

*Este, pues me pagan muy poco, mmm, y convivo con gente discapacitada y eso a mi como que no me cuadra, (se ríe), pero ni modo tengo que estar con ellos.
Celeste.*

En relación a esta resistencia a ser nombrada como discapacitadas, considero que responde en gran medida a las formas patologizantes, de control y estigma que reposan bajo la concepción de discapacidad. Pues, es importante hacer la aclaración que mi postura ante el tema no busca invisibilizar las diferencias que estas mujeres tienen en relación con la población sin discapacidad aparente. Es un hecho tangible que en los colectivos de personas con alguna discapacidad hay diferencias psíquicas, físicas y/o intelectuales que forman parte de una diversidad que corresponde a grupos minoritarios; sin embargo, estas diferencias reales e innegables son agravadas por discursos que exaltan estas diferencias como motivos de exclusión, control, e imposición de normatividades que coartan expresiones subjetivas de estas sujetos, considerándoseles fuera de lugar e incluso peligrosas. Dentro de estas formas de expresión de la subjetividad se encuentran el interés por parte de estos grupos minoritarios de ejercer su sexualidad libremente, formar núcleos familiares, participar en actividades productivas y vivir de forma autónoma; lo cual comúnmente es impedido y reprobado por los no discapacitados.

Liz Crow (1996), feminista inglesa, habla de la diferencia entre minusvalía⁷⁵ y discapacidad, diferencia fundamental para explicar el modelo social de la discapacidad. La minusvalía la define como las limitaciones de orden funcional que afectan al cuerpo de una persona. Menciona que ésta puede afectar en gran medida la experiencia del cuerpo, ya que en muchas ocasiones puede resultar dolorosa, desagradable o difícil, mas únicamente se refiere a

⁷⁵ Aclaro que aquí se usa minusvalía como un concepto traducido del término inglés *handicap*, que significa desventaja, que tiene una connotación muy específica en el caso del texto de Crow. Esto lo aclaro, ya que en español, este término alude a alguien con menos valor, lo cual implica una forma de discriminación.

esto. En cambio la discapacidad implica pérdida de oportunidades que provienen de la discriminación, la cual puede ser explícita o sutil. Es decir, "la minusvalía alude a la forma de trabajar de nuestro cuerpo y a las consecuencias que se derivan para nuestra vida. La discapacidad se refiere a la reacción y a la influencia del mundo exterior en nuestro cuerpo concreto." (Crow, 1996, p.242).

Sobre esto no hay que perder de vista que, como se vio en los fragmentos de lo dicho por Celeste y Rebeca, también ellas al estar insertas en estos discursos, ejercen marginación y clasifican a su vez sobre otros(as) sujetos que consideran se encuentran en una situación de desventaja con respecto a ellas; esto permite ver la complejidad de las construcciones que atraviesan a los discursos y la forma en que estos se viven, ya que el estar en el lugar de las estigmatizadas, esto no les impide estigmatizar a otros(as), así como al mismo tiempo resistirse a dicho ejercicio del poder cuando viene de otros(as).

Esto se relaciona en cómo las mujeres entrevistadas viven el ser nombradas y tratadas como "enfermas mentales", a partir de atributos físicos, psíquicos e intelectuales. A continuación cito un fragmento de mi primera entrevista con Elena.

Paola.- Eso de patología que ya has mencionado varias veces me llama la atención, porque tú misma te describes como enferma, eso me gustaría que me lo explicaras.

Elena.- Mira, si yo no me describiera como enferma, que es lo que desea el doctor Manuel, entonces que me expliquen por qué estoy aquí, que negociazo mano, que bruto, si, la verdad. Resulta que pago como enferma y no les cargo la vida como enferma, y no les cargo la chamba de enferma, que de pelos mano, o sea, es como si yo soy una dietóloga y viene una persona en su peso correcto a que le de una dieta para que baje de peso, me hago menso y cobro, no pues de pelos, así te la contesto.

Paola.- ¿Pero tú te consideras enferma?

Elena.- Bueno, yo me considero enferma porque soy objetiva, en el sentido, en el sentido de que si estoy internada y hay un consenso externo a mí, en el cual sigo interna, es porque positivamente hablando debo de estar enferma, ese es mi razonamiento. Eso es cómo lo vivo yo, lo voy a tratar de decir muy rápido. Casi desde que nací supe que soy diferente a la mayoría, y ser diferente a la mayoría no necesariamente es estar mal. En mi caso yo no diría como estar mal, y mucho menos enferma. Pero si desde muy chica soy muy diferente a la mayoría. O sea, opiniones de mi papá, porque de chica no tenía opiniones sobre mí misma, pero sí recuerdo las opiniones de mi papá y de mi mamá y de mis abuelos. Elena es una líder, Elena es super creativa, así ya voy a interrumpir discúlpame.

Toda esta parte me parece una crítica interesante a la institución, pues lo que ella menciona sobre que el psicoanalista la insta a no verse como enferma lo expresa como una contradicción por parte de este profesional. Esta crítica por su parte, destaca la incongruencia institucional, al erigirse sobre un discurso cobijado por teoría que se basa en un paradigma de no patologización, junto con un ejercicio opuesto, que sostiene una estructura de intervención enmarcada claramente en el abordaje médico. Evidentemente esto resulta una paradoja, pues vive dentro de un espacio que justifica una intervención fuera de patologías, pero el ejercicio de poder señala lo contrario. Esta resistencia que toma lugar en sus críticas, también deja ver una resistencia aparentemente pasiva, en el sometiéndose de manera consciente al control y a la evaluación de los(as) otros(as), con el fin de obtener reconocimiento, mayor libertad entre otros posibles beneficios.

En relación a estos tratos, donde las valoraciones médicas son vividas como una forma de clasificación que pone en duda el estado de salud, Rebeca relata su experiencia.

Rebeca.- Pues ahora no, antes yo me hice un electroencefalograma y salió dice que era algo que yo estaba mal y el psiquiatra me dijo que algo tenía yo en la cabeza como que no me funcionaba, como que algo no me funcionaba; pero yo pienso bien, a ver usted como psicóloga cómo me ve a mí, cómo hablo, como esto, porque mucha gente me dice, la muchacha de la casa ha dicho cosas de mí, mucha gente ha dicho cosas de mí, pero a mí me vale lo que diga la gente.

Paola.- ¿Qué dice la gente de usted?

Rebeca.- Que yo estoy loca, yo no estoy loca. Si a mí me dicen loca le digo que esa persona es la loca y le digo otras cosas.

Paola.- ¿Y usted alguna vez a preguntado a esa gente por qué le dice que está loca?

Rebeca.- Ah, porque a la gente le gusta hablar mal de la gente, yo conozco gente que está hablando junto a ella, se va la persona y empiezan a hablar de ella, ehh. Y yo no estoy loca, a ver usted como psicóloga, a ver dígame cómo yo hablo y cómo pienso... A yo no me siento loca, yo que me digan algo, si a mí alguien me ofende yo pues también voy a ofender, no me voy a dejar de nadie que me ofenda, a mí me ofenden pues yo. Yo me siento bien y voy al hospital general a fisioterapia y todo el mundo me conoce allí, también me llevo bien con, con todo mundo me llevo bien, así me llevo bien, pero si alguien me ofende pues yo también le contesto, si alguien me va a decir de cosas que esto y que el otro, pues yo también le contesto, yo también le voy a decir a la persona cosas de ella, de eso.

Este fragmento me parece que permite vislumbrar cómo esta mujer de alguna forma se rehúsa a aceptar un diagnóstico, por considerar esto como una valoración negativa sobre su salud, en consecuencia sobre toda su persona, ya que esta mirada médica la vive también fuera del discurso especializado, donde la gente que la rodea la califica de “loca”, lo que ella niega sea cierto, pero a la vez duda, al recurrir a preguntarme a mí, esperando mi opinión positiva como profesional, donde al pedir una evaluación desde el discurso de la psicología, reafirma de alguna manera el peso que tiene el saber especializado sobre la forma en que se mira y es mirada. En este sentido la trascendencia del discurso del saber especializado cobra un valor que no solo repiten aquellos que ostentan un saber formal, sino tiene resonancia en todo el entorno, el cual legitima y reafirma el diagnóstico de “enfermedad”.

Sobre el diagnóstico de Elena ella dice lo siguiente:

En opinión de Andrea, mi segunda hija, la que es doctora, este, yo tengo rasgos patológicos de bipolaridad desde antes, desde que se fue su papá...

A lo poco que se, por lo poco que he leído, mejor dicho no he leído nada, no he leído acerca del diagnóstico que se me hizo allí en el Ángeles, que fue que era bipolar A 1, o quién sabe qué, de todas maneras el doctor que me atendió allí, a partir de ese momento, me, me receto seis medicamentos, seis, ¿quieres que los nombre Paolita?

Entrevista dos con Elena.

Este diagnóstico atraviesa el trato diario que recibía fuera del espacio terapéutico, por lo que, además de ser medicada, y tratada con un diagnóstico de por medio, el trato diferencial se extendía hacia todas y todos aquellos que sabían de este marcaje, hecho por el saber especializado. En diversas conversaciones y en las entrevistas expresó esto de diversos modos, en alguna ocasión me dijo que ella se daba cuenta que nunca la sacaban de su estatus de enferma, por lo que no tenía credibilidad. Un ejemplo de eso es que a la entrada del edificio donde vivía el policía nunca la saludaba a ella, saludaba a la persona que la acompañaba, que siempre era algún psicólogo o psicóloga de Casa B. Estas deferencias que se dan en la vida cotidiana,

denotan para Elena formas sutiles de vivenciar el estigma de discapacidad mental, el cual la ubica en un status social devaluado.

Todo lo desarrollado hasta el momento en este eje de análisis, me lleva a rescatar ciertos puntos que han surgido como fundamentales en torno a las concepciones y experiencias sobre la discapacidad y “enfermedad” mental. Es interesante ver cómo los discursos de normalización tienden a darle una importancia clave a la capacidad productiva de estas mujeres, restándole importancia a las vivencias placenteras del cuerpo y a la apropiación de derechos.

Esto se relaciona con la herencia de la modernidad, donde la producción económica fue el eje de la producción social, pues cabe recordar que a partir de la Ilustración, la división sexual del trabajo, la separación de la vida pública y privada, la industrialización y la creación de un Estado regidor del orden social, trajeron como consecuencia la emergencia de una alta eficiencia productiva, enmarcada en un modelo económico liberal. Lo que conllevó a que el cuerpo fuese un espacio de coerción, donde la sexualidad se tornó el mayor foco de atención; todo con el fin de preservar los intereses del Estado y garantizar la producción económica (Badinter, Elizabeth, 1991) (Rousseau, 2002). Estos procesos fueron de la mano con el establecimiento de la ciencia como el eje del saber moderno, la que ha garantizado por medio de clasificaciones, el control de las poblaciones consideradas peligrosas. Estas etiquetas se han legitimado, privilegiando a la razón sobre la sin razón, donde el cuerpo se considera escindido de la mente, la cual resulta el eje fundamental del “ser”.

Es en relación a lo anterior que la discapacidad surge como discurso a partir de la necesidad de homogeneizar dentro de lo políticamente correcto a los(as) “diferentes”, invisibilizando los tratos excluyentes. Es en este punto donde el ejercicio de la maternidad se vuelve inaccesible a estas poblaciones, justificándose en que la

“enfermedad” vuelve peligrosas a estas mujeres, lo que pone en riesgo la reproducción social dentro del orden normativo. Todo esto refleja en las experiencias de mis entrevistadas, un claro malestar al vivir dentro de relaciones de poder, donde ellas se ubican en lugares de desventaja, y buscan resistirse a estos mecanismo a través de críticas, así como adaptándose a las normatividades impuestas, y participando en dinámicas, donde también tienen la posibilidad de legitimar tales saberes, excluyendo y estigmatizando a otros grupos considerados con mayor desventaja.

CONCLUSIONES

La presente investigación me permitió conocer las experiencias y discursos en torno a la maternidad y el ejercicio de ésta, en un grupo de mujeres consideradas como discapacitadas mentales. A partir de tal exploración pude constatar cómo el ejercicio del maternaje es un rol que sigue siendo un eje de la construcción del ser mujer, enmarcado en parámetros de “normalidad”, establecidos como aceptables para criar de forma “adecuada” a un infante. Ante tal premisa, la maternidad resulta un espacio negado a mujeres que son consideradas discapacitadas.

En estos casos las justificaciones del por qué no son aptas para ser madres, se argumentan en lo biológico, por lo que la supuesta capacidad “innata” e “instintiva” para ser madres se ha visto “dañada” con una “enfermedad” que las discapacita. Como trasfondo a esta explicación, se encuentran los mandatos socio-culturales, que se empeñan en negar su protagonismo en tales concepciones y justificaciones del por qué no deben ser madres.

Dichos metadiscursos se presentaron en las narraciones de las entrevistadas, quienes en muchos momentos aceptaron esta prohibición como algo natural, asimismo, hubo quienes cuestionaron con claro enfado la incongruencia que esto representa, y que encarna una forma más de un ejercicio inequitativo del poder. Tales inconformidades se dejaron ver en las resistencias y síntomas, relacionados a la “enfermedad”, igualmente dentro de los discursos, tornándose claros indicadores del malestar social que genera el ejercicio del poder, establecido con jerarquías de saber rígidas.

Un ejemplo es el caso de Elena, quien fue remitida al terreno de la discapacidad y la psicosis; lo que le quitó peso a sus sentires y discursos, tornándose éstos a los ojos de los profesionales como parte de sus síntomas y delirio. Elena siempre mostró una clara resistencia frente a tal ejercicio del poder; resistencia que llegó a su consecuencia

última al quitarse la vida, situación que recuerda la metáfora del torturador y torturado que Sartre (1983) o Bennedetti (1979) nos relatan en “Muertos sin sepultura” y “Pedro y el capitán” respectivamente, donde la resistencia al poder implica sostener una postura en la que se puede ir la propia vida. En alusión a esto recupero de nuevo a Butler (2002) y su planteamiento sobre las vidas habitables, donde en el caso de esta investigación Elena permitió constatar el cómo las construcciones sociales, las relaciones de poder y los discursos del saber marcan las vida de cada sujeto, cerrando o abriendo alternativas sobre su existencia, lo que implica que el valor de cada vida se mida desde diferentes parámetros, dando como consecuencia que unas vidas sean menos habitables que otras, pues las posibilidades de expresarse, de amar, de decidir y desear se ven sesgadas y controladas por quienes tienen el poder y lo ostentan encumbrándolo en saberes que pocas veces se cuestionan, al contrario, se legitiman al justificarse como medios de preservación del “bienestar” social.

Ante tal circunstancia puedo vislumbrar las relaciones de poder como tejidos que conforman las relaciones humanas, donde las “verdades” resultan recíprocas, definiendo hacia dónde se inclina la balanza del poder (Foucault, 1992). Lo encontrado sobre las relaciones de poder forma parte de los hallazgos esperados y ya muy explorados por diversos(as) autores(as), sin embargo, me parece fundamental mencionarlo como parte de las conclusiones de la presente investigación, puesto que el recordar que las relaciones de poder pueden destruir las vidas de aquellas que son miradas como “anormales”, remite al malestar social que es copartícipe de la presencia cada vez más constante de las llamadas “psico-patologías”, las cuales cuestionan la lógica de los saberes y confrontan desde los síntomas, generando angustia y desconcierto en aquellos que defienden la “normalidad” al impedir que las diferencias se construyan desde la equidad.

Asimismo, la resistencia se puede manifestar desde la refuncionalización, como en el caso de Celeste, quien ha tomado una postura “camaleónica”, donde seguir lo dictado por las instituciones ha sido una opción para poder conquistar cierta autonomía.

Con respecto a la maternidad, Celeste ha asumido lo que se le dice, puesto que su mayor justificación para no querer ser madre es que sus condiciones no le permiten cuidar a un bebé, argumentación que respaldaba diciendo: “Imagínate si tuviera un bebé cómo le haría, si ni siquiera puedo conmigo”. Sin embargo, a pesar de decir lo anterior, Celeste cuestionaba este discurso aprendido, cuando sentía limitada su libertad, la cual ha ido ganando poco a poco, a partir de ubicarse dentro del discurso institucional, lo cual la ha llevado a ser considerada como alguien que se adapta a las normas y por lo tanto, quienes regulan sus conductas concluyen que requiere de menos vigilancia.

En relación a mi intervención, di cuenta de que cuestionar tales discursos, abriendo un espacio para su reflexión, da paso aunque sea a una mínima escala de movimiento en las relaciones de poder, asimismo le da a la investigación una dimensión ética que no coloca a las sujetos investigadas como objetos a quienes sólo se les “extrae” información. Por lo que las técnicas de intervención implementadas abrieron la posibilidad de que ellas resignificaran sus experiencias y pudieran actuar frente a éstas desde otros lugares. Como parte de tales resignificaciones, las asesorías sobre sexualidad de las que ya he hablado, considero que abrieron la posibilidad de que Celeste pensara en cuestiones que inciten a hacer movimientos de diversas índoles. En el caso de las otras dos entrevistadas, el hecho de poner en palabras una vez más su experiencia, abre un espacio de reflexión, el cual se vuelve tangible, cuando frases como: “Nunca había pensado sobre eso” y “es la primera vez que lo digo” aparecen en sus discursos, como sorpresas para ellas mismas.

En el ámbito de la devolución para el establecimiento considero que sería importante plantear mis observaciones, en relación a mis hallazgos, lo que quizá abra la posibilidad de sensibilizar el trabajo que allí realizan, que desde mi perspectiva, no contempla las construcciones de género, que atraviesan la subjetividad de estas mujeres. Por lo que me parece importante plantear una propuesta, que recupere los puntos críticos y más álgidos detectados en la investigación.

Con respecto a las carencias dentro de la intervención de la institución abordada, recupero la inexistencia de una perspectiva de género, lo cual naturaliza las construcciones sociales, conllevando prácticas institucionales que no cuestionan lo hegemónico, sino que por el contrario lo legitiman y permitan que prevalezca.

En este sentido me parece un hallazgo el dar cuenta de cómo a pesar de que la institución donde realicé la presente investigación, se ubica a sí misma como una comunidad terapéutica que rompe con los paradigmas tradicionales sobre la llamada "enfermedad" mental y erige su intervención desde la postura psicoanalítica, que propone no patologizar a quienes se analiza; las prácticas que pude observar en este espacio dejan ver que dentro de la interacción cotidiana entre profesionales y "pacientes", es muy clara la posición de cada lado, donde la balanza del poder siempre se inclina del lado del profesional, quien de entrada tiene la "razón" en el sentido literal de la palabra.

A partir de esta premisa de la "razón" como un punto fundamental para ser tomada(o) en cuenta como sujeto a nivel social, pero sobre todo para ser mirada(o) como persona, puede percatarme que la discapacidad mental implica una pérdida de derechos y de identidad ciudadana, ya que esta condición les aliena de poder tomar decisiones.

En consecuencia la maternidad se convierte en una posibilidad peligrosa y que por lo tanto no debe entrar dentro de las expectativas de vida de estas mujeres. Para quienes participaron en esta investigación y accedieron a la maternidad, pude percatarme que el diagnóstico de psicosis fue posterior, es decir, accedieron a este rol antes de ser consideradas no capacitadas para tal labor; lo cual es de suma relevancia, ya que deja ver que de alguna forma escaparon al control de sus funciones reproductivas debido a que el diagnóstico aun no llegaba, sin embargo una vez que eso pasó, la vigilancia y el control sobre dichas prácticas llegó de forma inmediata; lo cual en algunas ocasiones, como pasó con Elena, o bien con casos que conocí previamente a esta investigación, las y los hijos(as) son en muchas ocasiones quienes solicitan la intervención especializada; ya que es importante no perder de vista que los síntomas de la psicosis, están plenamente asociados con las formas de vinculación afectivas; por lo que desde los parámetros de normalidad, las y los hijos(as) de estas mujeres han sido quienes han promovido dichos esquemas de normalización, debido a que las conductas y necesidades de sus madres, se alejan de lo esperado de una madre "normal".

Tal característica, a pesar de observarse en un grupo muy reducido, considero que permite develar una vez más el control que a nivel social existe sobre el ejercicio de la sexualidad, de la procreación y del acceso a roles que cuentan con cierto prestigio social. Frente a esta reflexión me surge la pregunta: ¿Si estas mujeres hubieran sido diagnosticadas previo a ser madres, se les hubiese permitido procrear? A esta pregunta, puedo responder con el testimonio de Gaby y Celeste, mujeres en edad reproductiva que no han sido madres y que se les ha impedido serlo por medio de la esterilización, y discursos que van desde el convencimiento hasta las amenazas.

En este sentido pude contemplar cómo la sexualidad y el ejercicio de ésta se invisibilizan en el espacio terapéutico aquí explorado, ya que la posibilidad del

autoerotismo o de vincularse con otros(as) en el ámbito sexual se torna complicado, ya que se les tiene vigiladas constantemente y la privacidad no es algo a lo que tengan acceso. Al respecto puedo decir que esto es una clara evidencia de cómo su sexualidad además de ser controlada, es suprimida, lo cual parece consecuencia de la normalización de la que son objeto; en contraste podemos ver cómo los espacios físicos procuran ser lugares para producir, de esta forma entre más bienes materiales generen, más cercanos estarán de la supuesta y tan buscada “normalidad”; en este sentido la incorporación o reincorporación a la vida productiva es un eje en la mayoría de los tratamientos, puesto que el trabajo está colocado como un valor fundamental, que refleja el grado de bienestar psíquico y físico que presenta una persona, pues además cabe señalar, que es uno de los ámbitos de lo público que más peso y reconocimiento tiene a nivel social, por lo que, por ende se le da mucha importancia y conlleva a que otros ámbitos se omitan o minimicen.

Por otro lado, la presente investigación resulta una aportación para los estudios feministas y de género sobre la discapacidad, pues es un tema abordado de forma muy precaria dentro de la academia y por el que no se ha mostrado mucho interés. Tal situación resulta importante recalcarla, ya que dentro de los feminismos, las mujeres discapacitadas tienen un lugar casi nulo. Es en ese sentido que esta investigación aporta una mirada distinta sobre el tema de la discapacidad, la “enfermedad” mental y la maternidad; por lo que, mi análisis busca visibilizar los derechos sexuales y reproductivos, los cuales han sido constantemente ignorados e invisibilizados para este colectivo, considerándoseles incluso personas asexuadas.

Por otro lado me parece importante destacar que en este estudio se contempló la llamada psicosis, considerada dentro del espectro de las enfermedades mentales, como una discapacidad por las consecuencias sociales que acarrea, y por cómo se le ha

construido dentro de los discursos. Esto resulta una forma novedosa de mirar a la psicosis y a la discapacidad, ya que usualmente la discapacidad se ha asociado a cuestiones que tienen que ver más con el cuerpo, es decir, con lo biológico, lo cual sigue dando la pauta de que la discapacidad se piensa como un “daño” físico y que por lo tanto no tiene nada que ver con las construcciones sociales, es decir, con los tratos discapacitantes que se les da a aquellas y aquellos que son diferentes.

En este sentido, la discapacidad mental asociada a la “enfermedad mental” resulta un tema poco abordado; pues desde muchas posturas ni siquiera es considerada como parte de las discapacidades, sin embargo, está acompañada de tratos discapacitantes que alienan de los vínculos sociales a quienes se les diagnostica como psicóticas(os), enfatizando la ruptura con lo social que implican los síntomas psicóticos; por lo que estos tratos acentúan el malestar que implica la psicosis en sí misma, lo que da como resultado una doble estigmatización .

Tras lo anterior, es importante seguir apuntalando los estudios sobre la discapacidad, y las construcciones sociales que rondan a ésta, como son las formas de exclusión y control que conllevan las formas de control específicas según la condición biológica o psíquica, junto con la condición de género, la cual se ve marcada por la etnia, clase y demás variantes que inciden de forma trascendental dentro de la construcción de cada sujeto en específico.

En el caso de esta investigación, la maternidad fue un punto central de análisis, donde los discursos hegemónicos sobre ésta son excluyentes y buscan establecer parámetros de “normalidad”, con el fin de garantizar el control de los cuerpos, lo que permitió una vez más ver desde otro lugar, cómo la maternidad resulta un mandato fundamental dentro del deber ser que abarca el ser mujer, ya sea como una función “natural” que se debe cumplir, o que bien, se debe prohibir; ambos justificados bajo argumentos que en

ningún momento plantean el deseo desde la autonomía, que no miran la diversidad como construcciones subjetivas las cuales contienen características particulares; sino más bien como justificaciones que legitiman la exclusión al tratar de garantizar el cuidado de los otros, por medio de mecanismos que permitan la continuación de la subordinación de las mujeres, donde la equidad y el ejercicio libre de derechos se invisibilicen con discursos provenientes de la ciencia, la política, la economía, la religión, etc., que se buscan colocar como saberes incuestionables.

Sobre todo lo anterior, es importante mencionar, que precisamente muchos de estos ámbitos no me fue posible profundizarlos, mas resultaron partes fundamentales de las experiencias de estas mujeres, no solamente en relación a la maternidad y el maternaje; sino en cómo han vivido el lugar en el que socialmente se les ha ubicado y en el que han aprendido a colocarse en diferentes posiciones; sin perder una postura crítica al respecto. Uno de estos aspectos, sobre el que ya hice mención, pero que me parece resulta un tema importante para futuras investigaciones, es el tema del trabajo y el valor que se le da dentro de los intentos de normalización de las personas nombradas como discapacitadas (mujeres y hombres), ya que éste funge incluso como una terapia, pues a las actividades productivas se le apuestan la recuperación de la salud perdida, debido a los valores que socialmente se le han depositado a dicha labor; postura que cobra una vital importancia, al vivirse un momento donde el desempleo también funge como un elemento detonante de crisis emocionales, que en países como Japón marca las altas tasas de suicidio que imperan entre su población; en este sentido, es interesante ver cómo las labores productivas, dentro de los valores sociales humanizan a las personas y les dan un lugar dentro de la dinámica social. Este punto se indagó a grandes rasgos; mas considero que es elemental, pues en todos los discursos el trabajo y la

productividad económica fueron puntos centrales que han definido muchas circunstancias de estas mujeres.

Por otro lado, me parece relevante mencionar que la violencia, en sus diversos tipos y modalidades, se encuentra muy presente en la vida de estas mujeres, ya sea como parte de los mecanismos de control de los que son objeto, o bien, como parte de la estigmatización que conforma su cotidianeidad, como consecuencia de su condición de mujeres discapacitadas o bien psicóticas. Este es un concepto que no se manejó en esta tesis, pero que de manera latente se presentó a lo largo de toda la investigación; por lo que me parece que es fundamental que en futuras investigaciones se abordase. Sobre esto cabe señalar que existen investigaciones sobre la violencia institucional hacia personas diagnosticadas como psicóticas; sin embargo, abordajes que contemplen las construcciones de género y discapacidad son muy pocos; por lo que más allá de quedar en el tintero dentro de esta investigación, me parece que es un tema que debe dar luz en un futuro a diversas reflexiones, que puedan también cuestionar las iniciativas de ley al respecto, las cuales al ser de por sí muy sesgadas para las mujeres no discapacitadas, resultan extremadamente limitadas y excluyentes de aquellas que son consideradas discapacitadas mentales.

Finalmente, me parece importante mencionar, que a pesar de ser un tema que toca solamente a minorías, es fundamental dar cuenta que de entrada el abordar realidades de grupos invisibilizados y no escuchados, es una obligación ética y de congruencia de los estudios feministas; asimismo, estas realidades, permiten vislumbrar diversas construcciones de lo colectivo que marcan la realidad de todas las mujeres, pues reflejan la lógica de un sistema, que responde a múltiples atravesamientos, que crean una urdimbre compleja y dinámica.

En este sentido, tras más de dos años de investigación, tanto teórica, como práctica tuve la oportunidad de aprehender una realidad que me llevó a acuñar como elemento central de este trabajo, la importancia del esfuerzo que debe implicar para los estudios feministas el apuntar a la construcción, en palabras de Judith Butler, de vidas habitables; lo que para mí implicaría el seguir creando con el fin de que lo habitable sea el respeto al deseo, a la diversidad, a los derechos humanos, con el fin de que la equidad sea una realidad, dejando atrás la estigmatización y marginación de grupos que dentro de su resistencia apuntan, consciente o inconscientemente, a que el patriarcado se debilite; por lo que es fundamental que desde la academia se apueste a dar cuenta y reflexionar sobre esto, y que no funja como sucede en muchos casos, como un elemento más de normalización, que legitima el sufrimiento y control de mujeres como Elena, Rebeca, Celeste y muchas otras más .

BIBLIOGRAFÍA

Adams, Parveen. "Hacer de madre" en *Debate feminista*, México, año 3, vol.6, sept.1992, p.p.183-198.

American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV*, Madrid, Masson, 2000.

Amuchástegui, Ana. "La negociación del significado mediante el diálogo: el método" en *Virginidad e Iniciación sexuales en México. Experiencias y significados*, México, Edamex y Population Council, 2001.

Ávila, Yanina. "Desarmar el modelo mujer = a madre" en *Debate feminista*, México, año 15, vol.30, octubre 2004, pp. 35-54.

Badinter, Elisabeth. *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*, Barcelona, Paidós, 1991.

Barnes, Colin. "Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental" en Barton, Len, *Discapacidad y sociedad*, Madrid, Morata y Fundación Paidea, 1998. pp. 59-76.

Bartra, Eli. "Tres décadas de neofeminismo en México" en Bartra, Eli, Anna Ma. Fernández y Ana Lau. *Feminismo en México, ayer y hoy*, México, UAM-Xochimilco, 2ª ed., 2002. p.p. 45-81.

Basin, Donna, Margaret Money, y Meryle Mahrer Kaplan. *Representations of Motherhood*, Londres, Yale University, 1994.

Benedetti, Mario. *Pedro y el capitán*, Madrid, Alianza Editorial, 1979.

Braunstein, Néstor (coord.). *La re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan*, México, Siglo Veintiuno Editores, 1999.

Bronfman, Mario, Castro Roberto. "Problemas no resueltos en al integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud" en Ivonne Szasz y Susana Lerner (comp). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México, 1996.

Burín, Mabel. *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y Salud Mental*, Buenos Aires, Librería de Mujeres, 2002.

Butler, Judith. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*, Buenos Aires, Paidós, 2002.

-----, *Deshacer el género*, Barcelona, Paidós, 2006.

Cano, Gabriela. "Más de un siglo de feminismo en México", *Debate Feminista*, México, año 7, vol.14, 1996, pp.345-360.

Castoriadis, Cornelius. *Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto*, Barcelona, 1986.

Castoriadis-Aulagnier, Piera. *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*, Buenos Aires, Paidós, 1977.

Castells, Manuel. *La era de la información. Fin de milenio, sociedad y cultura*, México, Siglo XXI, 1998, p.p. 369-394.

Chemama, Roland, *Diccionario del Psicoanálisis*, Buenos Aires., Amorrortu Editores, 2004.

Chodorow, Nancy. *El ejercicio de la maternidad*, Barcelona, Gedisa, 1984.

Cobo, Bedia, Rosa. "Género" en Celia Amorós (directora). *Diez palabras clave sobre mujer*, Estrella, Navarra, Editorial Verbo divino, 1995, p.p 55-81.

Cruz, Ma, del Pilar. "La maternidad de las mujeres con discapacidad física; una mirada a otra realidad.", en *Debate Feminista*, año 15, vol.30, México, 2004.

Cruz, Pérez, María del Pilar. "Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad" en *Política y Cultura*, México, n°22, otoño 2004 b, p.p. 147-160.

Crow, Liz. "Nuestra vida en su totalidad: renovación del modelo social de discapacidad" en Jenny Morris (ed). *Encuentros con desconocidas*, Madrid, Ediciones Nancea, 1996, p.p.229-250.

De Barbieri, Teresita. *Movimientos feministas*, México, UNAM, 1986.

De Barbieri, Teresita. "Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género" en Laura Guzman Stein, Gilda Pachecho (comps). *Estudios básicos de derechos humanos IV*, San José de Costa Rica, Instituto Interamericano de Derechos Humanos/ Comisión de la Unión Europea, 1996, p.p. 49-81.

Devereux, George. *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, México, Siglo Veintiuno Editores, 20ª ed., 2005.

Díaz, Barriga, Ángel. "La entrevista a profundidad. Un elemento clave en la producción de significaciones de los sujetos", en *Tramas. Revista de Psicología*, México, UAM- Xochimilco, Volumen 3, 1991, p.164.

Dio, Bleichmar, Emilce. *El feminismo espontáneo de la histeria. Estudios de los trastornos narcisistas de la feminidad*, México, Fontamara, 2ª ed., 1994

Ezcurdia, Claudia. "Ser mujer sin hijos y no morir en el intento: Algunas reflexiones sobre el ideal maternal y las mujeres sin hijos", tesis de maestría, México, Maestría en estudios de la mujer, UAM-X, 2005.

Fernández Rivas, Lidia y Ruiz Velasco, María Eugenia. "El borramiento de la diferencia y sus riesgos en las prácticas de salud", en Carrizosa Hernández, Silvia (comp), *La diferencia: sus voces, ecos y silencios.*, México, UAM-X, 2000, p.67.

Fernández, Rivas, Lidia y Ruiz Velasco, María Eugenia. "Del miedo y la locura", en Jáidar Matalobos, Isabel (comp), *Los dominios del miedo*, México, UAM-X 2002, p.p. 57 y 58.

Freud, Sigmund. "La represión", en *Obras completas. Vol.XIV*, Buenos Aires, Amorrortu editores, p.p. 135-152.

Foucault, Michel. *Historia de la locura en la época clásica tomos I y II*, Bogotá, F.C.E, 2ª ed., 1976.

----- . *Microfísica del poder*, Madrid, La Piqueta, 1992.

----- . *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, Buenos Aires., Siglo veintiuno editores, 2001.

----- . *Los Anormales*, México, F.C.E, 2ª ed., 2001 b.

----- . *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, F.C.E, 2005.

García, Canal, Ma. Inés. *Foucault y el Poder*, México, UAM Xochimilco, 2002.

Goffman, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada.*, Bs.As., Amorrortu editores, 1963.

Goldsmith, Mary. "Feminismo e investigación social. Nadando en aguas revueltas", en Eli Bartra (comp). *Debates en torno a una metodología feminista*, México, PUEG y UAM Xochimilco, 2ª ed., 2002, pp.35-62.

Granados, Cosme, José Arturo. *La perspectiva de género en el estudio de los trastornos mentales y el trabajo*, México, UAM-X, 2006.

Harding, Sandra. "¿Existe un método feminista?", en Bartra, Eli. *Debates en torno a una metodología feminista*, México, PUEG y UAM Xochimilco, 2ª ed., 2002, p.p. 9-35

INEGI. *XII Censo General de Población y Vivienda*, México, 2000.

Johnson, Kelley, Rannveig Traustadóttir, Lyn Harrison, Lynne Hillier, Hanna Björg Sigurjónsdóttir. "The possibility of choice: women with intellectual disabilities talk about having children", en Mark, Priestley (ed.). *Disability and their Life Course. Global perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press. 2001, p.p. 206-218.

Keith, Lois. "Encuentros con personas extrañas: reacciones ante las mujeres discapacitadas" en Jenny Morris (ed). *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*, Madrid, Narcea, 1996, p.p. 87-107.

Lacan, Jacques. *Seminario3. La Psicosis*, Buenos Aires, Paidós, 1984.

Lacan, Jaques. *Escritos I y 2*, México, Siglo XXI Editores, 2005.

Lamas, Marta. "Cuerpo: diferencia sexual y género" en *Debate Feminista*, año 5, vol. 10, México, 1994.

----- . *El género. La construcción social de la diferencia sexual*, México, PUEG y Miguel Ángel Porrúa, 1996.

Langer, Marie. *Maternidad y sexo*, México, Paidós, 1990.

Lau, Ana. "El movimiento feminista mexicano a fines del milenio" en Bartra, Eli, Anna Ma. Fernández y Ana Lau. *Feminismo en México, ayer y hoy*, México, UAM-Xochimilco, 2ª ed., 2002. p.p. 13-41.

Lorau, René. *El diario de investigación. Materiales para una teoría de la investigación*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1989.

MacNamara, Julie. "Algo no funciona: la locura como discapacidad" en Jenny Morris (ed). *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*, Madrid, Narcea, 1996, p.p.217-228.

Mahler, Margaret. *Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación. Psicosis infantil*, México, Joaquín Mortiz, 1987.

Maureso, P, "La psicosis desde la observación psiquiátrica", en Fernández, Elida (comp), *Diagnosticar la psicosis*, Bs.As., Data editora, 1995, pp.67-96

Mies, María, "¿Investigaciones sobre las mujeres o investigación feminista? El debate en torno a la ciencia y la metodología feministas." en Eli Bartra (comp). *Debates en torno a una metodología feminista*, México, PUEG y UAM Xochimilco, 2ª ed., 2002, p.p 63-102.

Morris, Jenny (ed.). *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*, Madrid, Narcea, 1996.

Moya, Maya, Asunción. *Mujer y discapacidad: una doble discriminación*, Huelva, Instituto Andaluz de la Mujer y Hergué editorial, 2004.

Muñoz, González Yolanda (coord.). *Mujeres y discapacidad en México*, México, Instituto Nacional de las Mujeres, 2002.

Muraro, Luisa. *El orden simbólico de la madre*, Madrid, Horas y Horas, 1994.

Molina, P. Cristina. "Debates sobre le género" en Celia Amorós (ed). *Feminismo y filosofía*, Madrid, Ed. Síntesis, 2000, p.p. 255-284.

Nasio, Juan David. "La forclusión y el Nombre del Padre" en Braunstein, Néstor (coord.). *La re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan*, México, Siglo veintiuno editores, 1999, p.p 295-323.

Nicholson, Linda, "La interpretación del concepto género" en Silvia Tubert (ed.). *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*, Madrid, Ediciones Cátedra/Universitat de Valencia/Instituto de la Mujer, 2003, pp.47-81.

Pérez-Rincón, Héctor. *El teatro de las histéricas y el cómo Charcot descubrió, entre otras cosas, que también había histéricos*, México, FCE, SEP y CONACYT, 2ª ed., 2001.

Reinhartz, Shulamit. *Feminist Methods in Social Research*, Nueva York, Oxford University Press, 1992.

Rich, Adrienne. "La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana" en Navarro , Marisa y Catherine, Stimpson. *Sexualidad, género y roles sexuales*, México, F.C.E., 1999. p.p. 159-212.

Rico, María Nieves. "Panorama de los estudios de género en América Latina", *Zona Franca*, s/l, año V, nº6, 1997. p.p 14-18.

Ribeiro, Ferreira, Manuel y López, Estrada, Raúl Eduardo (editores). *Tópicos selectos en política de bienestar social. Grupos vulnerables, juventud, género, salud*, tomo 1, México, Ediciones Gernika y Universidad Autónoma de Nuevo León, 2006.

Rosato, Ana, Vain, Pablo (comp.). *La construcción social de la normalidad: comunidad, discapacidad y exclusión social, alteridades, diferencias y diversidades*, Bs.As., Novedades Educativas, 2003.

Rousseau, Jean- Jacques. *Emilio o la educación*, Barcelona, Edicomunicación, 2002.

Rubin, Gayle. "El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo" en Lamas Marta (comp). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG, 1996, p.p. 35- 96.

Ruddick, Sara. *Maternal thinking*, Boston, Beacon Press, 1989.

Ruiz, Velasco, María Eugenia. "Psicosis, sexualidad y delirio" en Jáidar, Matalobos Isabel. *Sexualidad: símbolos, imágenes y discursos*, México, UAM-X, 2001, p.p.125 -139.

Sánchez, Bringas, Ángeles. *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*, México, UAM-X y PUEG, 2003.

Saldaña, Javier. *Derechos del Enfermo mental*, México, UNAM, 2ª ed., 2001, p. 20.

Sartre, Jean-Paul. *Muertos sin sepulture*, Madrid, Alianza Editorial, 1983.

Saxton, M. y Howe, F. (eds.). *With Wings, An Anthology of Literature by and About Women with Disabilities*, Londres, Virago, citado en Barton, Len, *Discapacidad y sociedad*, Madrid, Morata y Fundación Paidea, 1998.

Scott, Joan. "El género una categoría útil para el análisis histórico" en Marysa Navarro y Catherine R. Stimpson (comps.). *Sexualidad, género y roles sexuales*, Buenos Aires, F.C.E., 1999, pp.37-75.

Spitz, René. *El primer año de vida del niño*, México, Fondo de Cultura Económica, 1965.

Szasz, Thomas. *Esquizofrenia. El símbolo sagrado de la psiquiatría*, México, Ediciones Coyoacán, 2002,

Taylor S.J. y Bodgan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Editorial Paidós, Bs. As., 1994, p.31.

Touraine, Alain. *Crítica a la modernidad*, 2ª edición, México, F.C.E, 2000.

Winnicott, Donald. *The Maturation Processes And TheFacilitating Enviroment*, Nueva York, International Universities Press, 1965, referido en Mahler, Margaret. *Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación. Psicosis infantil*, México, Joaquín Mortiz, 1987.

Wittig, Monique. *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*, Barcelona, Editorial EGALES, 2006.

FUENTES ELECTRÓNICAS

Bergman, Maria, Campion, John (et. al.), "Stigmatizing attributions about mental illness", *Journal of Community Psychology*; Jan2000,

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=11771753&loginpage=Login.asp&lang=es&site=ehost-live>

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF), OMS, 2006, <http://www.3.who.int/icf/icftemplate.cfm>

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS por El Centro Nacional de Clasificación de Enfermedades de México, fecha de consulta 12 de octubre del 2006. :http://sinais.salud.gob.mx/cecece/cif/cif_modelo.html

Evert, Helen, Helen Herrman, (et. al.), "Disability and service use among homeless people living with psychotic disorders". Australian & New Zealand Journal of Psychiatry; Nov/Dec2004, Vol. 38 Issue 11/12, p 965-974, <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=15123468&loginpage=Login.asp&lang=es&site=ehost-live>

-----, "Defining disability in psychosis: performance of the diagnostic interview for psychosis-disability module (DIP-DIS) in the Australian National Survey of Psychotic Disorders", Australian & New Zealand Journal of Psychiatry; Dec2001, Vol. 35 Issue 6, p. 846, <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=5712113&loginpage=Login.asp&lang=es&site=ehost-live>

González, Salvador, 2005, <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen/htm>
Citado en Sandoval J.M. Sandoval, J.M., "La salud en México", investigación del Servicio de Investigación y análisis, división Política y social, Cámara de Diputados, 2005, <http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/pdf/dps-iss-03-05.pdf>

Medina, Ma. Elena y Jorge Villatoro, "La epidemiología de la salud mental en México", resumen del trabajo *La salud mental en México. Retos y perspectivas*. Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría, 2005, <http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidism.htm> citado en: Sandoval, Juan Martín, La salud en México", investigación del Servicio de Investigación y análisis, división Política y social, Cámara de Diputados, 2005, <http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/pdf/dps-iss-03-05.pdf>

OMS, 2007, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/index.html>

Sandoval, J.M. "La salud en México", investigación del Servicio de Investigación y análisis, división Política y social, Cámara de Diputados, 2005, <http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/pdf/dps-iss-03-05.pdf>

Secretaría de Salud, Comunicado de prensa n° 35, 15 de marzo del 2001, <http://www.ssa.gob.mx>, citado en: Sandoval, Juan Martín, 2005, <http://www.diputados.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/pdf/dps-iss-03-05.pdf>

Secretaría de Salud, 2006, <http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/cecece/cif/cif.html>